LE
MORPHINISME

HABITUDES, IMPULSIONS VICIEUSES,
ACTES ANORMAUX, MORBIDES ET DÉLICTUEUX

DES MORPHIOMANES

PAR

Le Dr G. PICHON

Chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Lauréat de l'Académie de Médecine.
Lauréat, médaille d'or, des Asiles et des quartiers d'hospice de la Seine



PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8
1890



LE MORPHINISME

PRINCIPAUX OUVRAGES DE M. LE Dr PICHON

Concernant les Maladies nerveuses et mentales

1° **Morphinomanie** (Considérations cliniques sur la). — Mémoire basé sur 120 observations. — *Non publié.*

2° **L'Épilepsie et la vision.** — In-8 de 250 pages, Ollier-Henry. Thèse de Paris, 1885. *Couronnée par la Faculté de Médecine*, (prix des thèses, *Médaille d'argent*).

3° **Les maladies de l'esprit.** — Vol. in-8 de 403 pages, O. Doin, éditeur, 1888. — Études cliniques et médico-légales, sur les principaux délires vésaniques et toxiques *considérées dans leurs rapports réciproques.*

4° **Les persécutés persécuteurs.** — Vol. in-8 de 240 pages. — Recueil d'articles originaux, touchant la pathologie cérébrale et mentale, 1889.

5° **Les délires multiples**. Étude sur les coexistences de plusieurs délires vésaniques d'origines différentes. — Mémoire *couronné par la Société médico-psychologique de Paris*, (*Prix Exquirol*, 1887). — Paru dans les trois numéros de l'Encéphale, de mai, juillet et septembre 1887). — *Non publié.*

EN PRÉPARATION

DU MÊME AUTEUR

° Traité clinique de la **Paralysie générale** et de la **Folie paralytique.**

2° **Le délire des persécutions.**

Tours, imprimerie Deslis Frères, rue Gambetta, 6.

LE
MORPHINISME

IMPULSIONS DÉLICTUEUSES
TROUBLES PHYSIQUES ET MENTAUX
DES MORPHIOMANES

LEUR CAPACITÉ ET LEUR SITUATION JURIDIQUE

CAUSE, DÉONTOLOGIE ET PROPHYLAXIE
DU VICE MORPHINIQUE

PAR

Le Dr G. PICHON

Chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris
Lauréat de l'Académie de médecine
Lauréat, médaille d'or, des Asiles et des quartiers d'hospice de la Seine

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8
1889

A mon excellent ami le docteur GILSON

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études médicales nous avons pu observer plusieurs cas de morphinisme. Nous avons recueilli çà et là des faits, non seulement dans les milieux hospitaliers, dans les quartiers d'asile, mais aussi dans la pratique journalière de la vie, parmi nos amis même.

Une chose nous a surtout frappé, c'est l'extension subite que la passion morphinique a prise depuis quelques années. Autrefois exclusivement due à une origine thérapeutique, la morphinomanie est devenue maintenant une passion, un vice, qui n'a même plus l'ancienne excuse de l'influence médicale.

L'ivrognerie morphinique se présente en ce moment comme un mal naissant, comme un fléau redoutable qui pénètre peu à peu dans toutes les classes de la société, et qui, si l'on n'y prend garde, aura vite fait de nous reléguer à ce point de vue au même niveau que la Chine et la Turquie. Il est à craindre en effet que bientôt il n'y ait chez nous autant de morphinomanes qu'il y a dans ces deux pays de fumeurs d'opium et d'opiophages.

Devant une question si pleine d'actualité, nous avons pensé qu'il serait intéressant de mettre à profit le résultat de nos observations, et d'en faire le sujet d'un livre qui pût être consulté par tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin aux choses si passionnantes de la psychologie morbide.

Nous n'entrerons ici du reste dans aucune considération *générale* ; tout ce que nous pourrions dire sera traité dans des chapitres spéciaux.

Nous entrons de suite dans le plan que nous avons suivi pour la rédaction de notre travail.

Disons d'abord que nous n'avons pas l'intention de faire ici une revue complète du morphinisme. Cette maladie est malheureusement trop connue. Bien que née d'hier, elle a suscité déjà de nombreux travaux, et la symptomalogie en est actuellement assez connue.

Notre but a été principalement de mettre en relief certaines particularités intéressantes de cette maladie, moins connues et plus nouvelles. Nous étudierons cependant pour être complet les symptômes plus connus du morphinisme, mais alors nous serons bref.

Nous insisterons surtout sur certains côtés moins étudiés de la question, tels que *ses rapports avec la médecine légale*, avec la responsabilité, question à laquelle nous apporterons tous nos soins et que nous traiterons dans une partie spéciale de notre mémoire.

Nous insisterons aussi spécialement sur quelques

points qui nous ont paru présenter un certain caractère, ou de nouveauté, ou d'actualité. C'est ainsi que nous nous appesantirons plus longuement sur les symptômes si particuliers de l'*abstinence morphinique*, sur l'intoxication aiguë par la morphine, assez peu étudiés jusqu'à présent, sur quelques troubles visuels imputables au vice morphinique, etc.

Un point aussi, en raison des cas quenous avons été à même d'observer, a été l'objet de toute notre attention, c'est le *traitement*. Dans un article que nous avions publié dans l'*Encéphale*, nous avons essuyé les critiques de M. Erlenmeyer de Bendorf, à propos de nos conclusions à ce sujet. Nous n'avons pas modifié depuis notre manière de voir; nous nous sommes contenté de l'étayer à l'aide de nouvelles preuves. Nous tenons cependant à remercier M. Erlenmeyer d'avoir bien voulu, avec ses critiques, nous communiquer un manuscrit alors inédit.

Nous avons aussi pensé qu'en raison des dangers de l'intoxication toujours croissante de l'ivrognerie morphinique, on pouvait, de notre travail, tirer quelques conclusions pratiques. Pour cette raison, bien qu'on puisse nous dire qu'à la rigueur, nous excédions, en ce faisant, les données de notre sujet, nous avons cru bon de joindre aux deux premières parties de notre travail, une troisième partie, comprenant quelques considérations démographiques, déontologiques et professionnelles.

Ce travail qui a d'abord eu les proportions modestes d'un simple mémoire de concours, a été, depuis, absolument remanié dans la forme et dans le fond. Bien qu'augmenté de près des deux tiers, nous l'avons cependant débarrassé de tout ce qui pouvait être regardé comme inutile et étranger à un traité didactique. C'est ainsi, que suivant la coutume que nous avons toujours adoptée, nous en avons retranché les observations qui en font la base, considérant que des faits cliniques qui se suivent avec une monotonie désespérante et se ressemblent tous ne peuvent trouver place dans un livre de cette catégorie. Les observations nombreuses qui font la valeur d'une thèse ou d'un mémoire, ne peuvent intéresser l'immense majorité des lecteurs.

Ce n'est pas à dire que nous en méconnaissions la haute portée scientifique. Bien au contraire, et nous avons pris à tâche d'en recueillir le plus possible depuis six ans que nous avons conçu et élaboré le plan de cet ouvrage.

Les conclusions et les considérations de notre travail sont effectivement basées sur *cent vingt* observations puisées comme nous le disons plus haut un peu partout, dans les hôpitaux, dans les asiles où nous avons été Chef de clinique, dans la clientèle privée et dans le cercle plus étroit de nos connaissances et de nos relations. — Ces 120 observations, recueillies avec soin, ont été présentées dans un mémoire de concours à l'Académie de médecine. Elles ont puissamment contribué à l'édification

de ce livre. Pour notre statistique, pour tous les chapitres en un mot, nous y avons largement puisé. Quelques-unes même, originales et jugées plus intéressantes, serviront de pivot à nos descriptions. —

Mais nous avons pensé que si notre livre devait être basé sur le plus grand nombre possible de faits cliniques personnellement observés, il ne devait pas être un simple recueil d'observations. Et c'est pour cette raison que nous avons tenu expressément à ne plus les réunir ici dans une énumération fatigante : le but du livre n'est plus le but du mémoire.

Attaché à un grand service de la Faculté, à l'asile Sainte-Anne, en qualité de Chef de clinique et de médecin traitant, nous avons pu observer un grand nombre de ces malheureux morphinomanes. Nous avons pu apprécier le bénéfice suprême qu'ils retiraient de la séquestration. En dehors des considérations médico-légales soulevées par la question, c'est donc à un point de vue *pratique* que nous nous sommes placé dans tout le cours de cet ouvrage.

Nous ne ferons pas l'historique de la morphinomanie. Cette étude a été trop bien faite en France et en Allemagne pour que nous nous risquions sur ce terrain. On n'a pour cela qu'à consulter les monographies de Levistein, d'Erlenmeyer, de Burckart, d'Obersteiner pour ne citer que les principales. Cette question ne laisse rien à désirer.

Nous nous contenterons d'indiquer avec soin les sources bibliographiques où nous avons puisé, et de donner, après chacune de nos trois parties, les renseignements bibliographiques auxquels nous avons eu recours.

9 mai 1889.

G. PICHON.



LE MORPHINISME

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

LES CAUSES DU MORPHINISME
CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET STATISTIQUES

Nous n'avons pas l'intention de faire ici un chapitre d'étiologie complet, ce serait nous exposer à d'inutiles répétitions car, au cours de notre mémoire, nous aurons occasion, dans le chapitre des coexistences, dans celui de la morphinomanie considérée au point de vue démographique et professionnel, et dans quelques autres parties de ce travail, nous aurons souvent occasion de nous appesantir sur les causes directes et indirectes de la morphinomanie.

Nous voulons seulement ici nous contenter d'indiquer les principales lignes que nous développerons successivement dans le cours de notre travail.

Pendant longtemps le morphinisme n'a eu qu'une grande porte d'entrée, la voie thérapeutique, mais depuis quelques années, nous assistons à une véritable contagion morphinique dont l'unique origine est une passion malsaine.

§ 1. — Morphinisme thérapeutique ou médical

Quoi qu'il en soit pendant longtemps (et même maintenant c'est encore le plus souvent la véritable source du mal), il fallait incriminer seulement l'*origine thérapeutique*.

Trop souvent, en effet, et nous aurons occasion dans un chapitre spécial de revenir sur ce point, trop souvent le médecin est le premier coupable. Il est appelé pour soigner un rhumatisme, une névralgie chez l'homme, des douleurs utérines chez la femme. Il prescrit une injection de morphine qu'il fait lui-même pendant un certain temps ; tout va bien jusques-là, mais il vient un moment où la négligence s'en mêle, il fait faire les injections par un tiers, ou il abandonne sa seringue entre les mains du malade. Quelquefois encore, comme dans l'observation de M..., il chargera la femme du malade de ce soin, assez souvent le malade lui-même. Dans l'immense majorité des cas, le patient ne se contente pas de la dose prescrite ; il la dépasse à sa fantaisie ; si à ce moment le médecin éclairé enfin sur les conséquences funestes d'une pareille manière de faire, devient sévère et refait lui-même les piqûres, il est trop tard malheureusement : le malade a vite fait de se procurer une seringue et une solution pour se faire des injections en cachette. Le rôle néfaste du pharmacien commence alors. Sur une vingtaine de morphiniques thérapeutiques dont nous avons l'observation, ce rôle ne fait aucun doute. Il délivrera complaisamment de la morphine pendant un temps indéterminé sur la présentation de la même ordonnance, tandis que les règlements concernant la pharmacie, ordonnent dans la délivrance de ce genre de médicaments la plus grande circonspection. Sur le vu d'une ordonnance où un médecin négligent aura écrit : à renouveler à volonté (Obs. d'A...) un pharmacien délivrera inconsidérément pendant quatre ans le médicament qui doit tuer son client. Dans certains cas enfin, il en délivrera sans aucune ordonnance ; nous verrons, du reste, dans notre dernier chapitre jusqu'à quel point, rarement il est vrai, quelques pharmaciens, pour l'appât du gain, se laissent entraîner à l'oubli de tous leurs devoirs.

Quant aux fabricants d'instruments, les règlements actuels sont pour ainsi dire muets à cet égard. Il y a bien un article

du règlement qui leur défend de vendre des instruments de chirurgie aux personnes étrangères à la médecine ; mais il en est de ce règlement comme de celui qui régit la défense des armes prohibées : il y a beaucoup d'accommodement avec le ciel. — Les fabricants ne considèrent pas une seringue de Pravaz comme un instrument ; dans quelques années, ils la considéreront même comme un objet de toilette.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les morphinomanes que nous avons interrogés à cet égard, n'ont jamais trouvé une difficulté à se procurer une seringue. Il y a plus, on tient à leur disposition, chez tous les marchands, tout un petit arsenal extrêmement varié. C'est ainsi que des « dames même, appartenant à la classe des plus élégantes, poussent leur bon goût jusqu'à se faire faire des bijoux recélant une seringue mignonne, et des flacons artistiques destinés à contenir la solution enchanteresse ». — Nous avons été à même de contrôler plusieurs fois cette assertion de Zambaco. Et, sous ce rapport, nous avons vu entre les mains de certains morphinomanes du monde et du demi-monde, des seringues de toutes les formes, et chez quelques-unes l'élégance de la seringue elle-même et de l'écrin indiquait manifestement que l'idée première du fabricant n'avait pas été de la destiner à un médecin, ni même à un but thérapeutique.

Kane [1] dans un cas médico-légal avait, du reste, déjà signalé la responsabilité du médecin dans les cas de ce genre.

Dans cette intoxication chronique, ayant une origine thérapeutique et que l'on peut appeler pour cette raison morphinisme médical; on comprend que l'on peut compter tous les tempéraments, toutes les professions, tous les âges. La morphinomanie qui s'est ainsi développée est bien une intoxication physiologique.

[1] KANE, *Some medical-legal aspects of morphia taking with special reference to « the Lamson case »*. (*The Alienist and Neurologist*, juillet 1882.)

Quel que soit le terrain sur lequel on aura semé, quel que soit le tempérament nerveux du sujet, qu'il soit bien pondéré ou mal équilibré, en pareil cas, les effets produits sont *nécessaires*. Tout organisme, et le fait paraît bien démontré *physiologiquement* et *cliniquement*, qui a reçu pendant quelque temps de la morphine, éprouve le besoin d'en recevoir à doses croissantes : c'est un besoin somatique, bien mis en lumière par M. Charcot dans la thèse d'un de ses élèves [1]. Il n'est pas un homme, croyons-nous, quelque bien trempé qu'il soit, quelque lettré, quelque énergique qu'il soit, qui puisse faire une exception à cette règle. C'est, en effet, ce besoin somatique, absolument physiologique, qui fait que tant de médecins, tant de pharmaciens, connaissant mieux que personne les funestes effets du poison, et aussi bien pondérés que d'autres, ne peuvent cesser l'usage de la morphine une fois qu'ils ont trempé leurs lèvres à la coupe empoisonnée, et, vaincus dans la lutte, deviennent peu à peu morphinomanes.

Il s'agit en pareil cas, de bien comprendre ce que nous entendons lorsque nous disons que le morphinisme devient à un moment une *nécessité*.

Nous développerons plus loin cette idée « ne devient pas morphinomane qui veut », idée qui n'est nullement en contradiction avec la première. En effet, si tout le monde, à un moment donné, éprouve *nécessairement* un besoin irrésistible d'absorber ce poison, lorsque l'organisme en a usé un certain temps, cela ne veut pas dire que le premier venu soit *sans préparation*, porté à abuser de la morphine. Ce sont deux choses absolument différentes. Nous chercherons même plus tard à établir que pour devenir morphinique, il faut souvent certaines conditions spéciales et déterminées.

Mais ce *besoin vital*, si vrai, si tenace, est, il faut le dire, un effet, une conséquence forcée de l'intoxication progres-

[1] Jouet, Thèse de Paris, 1883.

sive, plutôt qu'une cause de morphinisme. Aussi ne partageons-nous pas l'avis des auteurs qui donnent ce besoin vital comme une des principales causes du morphinisme [1].

On comprend dès lors que sous ce rapport, dans l'intoxication morphinique d'origine thérapeutique, il n'y ait aucune règle concernant les professions, les personnes.

Malheureusement les statistiques nombreuses faites en Allemagne sur la morphinomanie ne sont point basées sur l'étiologie. A ce point de vue, il était intéressant de voir combien sur tant de morphinomanes donnés, il y en a dont la maladie a pour cause une origine thérapeutique. Il y avait là évidemment un grand intérêt à voir la proportion des malades que le médecin a rendus morphinomanes.

Il y avait intérêt à opposer, avec des chiffres à l'appui, le morphinisme, que nous avons appelé médical au morphinisme acquis d'une autre façon. — C'est pourquoi nous avons scrupuleusement analysé nos observations dans ce but, très désireux, nous ne le cachons pas, d'exonérer le médecin des charges qu'on lui impute, des imprudences qu'on lui reproche.

Malheureusement, les résultats auxquels nous sommes arrivé ont été loin de répondre à notre désidératum. Nous avions pensé un instant que, dans ce concert de récriminations, il y avait une certaine exagération. Les faits cliniques nous forcent à avouer, qu'au contraire, les idées généralement admises à ce sujet sont au-dessous de la vérité.

En compulsant nos observations à ce point de vue, nous avons trouvé des détails qui montrent combien est grande en certains cas la négligence de certains confrères. Nous nous contenterons d'affirmer le fait sans livrer les détails en question à la publicité. Mais des recherches consciencieuses faites à ce sujet, il est résulté la conviction que les cas de morphinisme *médical* sont bien plus fréquents que les

[1] GAUDRY, Thèse de Paris, 1886.

autres. — Et non seulement ce que nous disons en ce moment se rapporte aux premières observations, mais aussi à celles de ces dernières années, ce qui est moins excusable. On connaît mieux maintenant les dangers de la morphine, et surtout les contre-indications de son administration. Ce qui n'empêche pas les imprudences et les négligences de toutes sortes. Je dirai même que, actuellement les fautes commises sont plus fréquentes que jamais.

Quoi qu'il en soit, nous avons pris surtout pour les éléments de notre statistique les malades dont nous connaissions bien les antécédents, pour donner à nos chiffres plus de valeur et pour ne pas prêter le flanc à la critique. — Nous avons à cet effet choisi parmi nos observations cinquante-cinq malades que nous avons soigneusement analysés dans ce but. Nous avons avec soin éliminé tous les cas dont l'étiologie n'était pas certaine.

Voici quels ont été les résultats de ces recherches : sur cinquante-cinq morphinomanes de tous degrés, trente-sept ont eu pour origine de leur maladie l'origine *thérapeutique*. Nos conclusions ont même été plus précises : sur ces trente-sept cas, l'origine thérapeutique a été trente-quatre fois médicale, c'est-à-dire que la morphine a été ordonnée par le médecin trente-quatre fois, et que son emploi a été alors absolument négligé et confié au malade lui-même, ce qui est une grande faute. Dans trois cas seulement, la morphine avait été employée spontanément, sans prendre l'avis du médecin. — Voilà une statistique certes bien peu favorable au médecin. Mais malgré la surprise pénible qu'elle nous cause, elle est, au contraire, pour nous un encouragement à insister davantage auprès du praticien pour l'éclairer sur les précautions qu'il convient de prendre dans l'administration de cet alcaloïde. — Avant de terminer, nous tenons cependant à faire remarquer que dans ces trente-quatre cas de morphinisme *médical*, c'est-à-dire plus des trois cinquièmes, si on doit incriminer l'action du médecin, cette action n'est pas

unique, et que, à sa décharge, il y a lieu de faire intervenir naturellement bien d'autres facteurs étiologiques, que nous énumérerons précisément dans les chapitres suivants. Car il est juste d'ajouter que dans beaucoup de cas, l'étiologie du vice morphinique est complexe.

§ 2. — Morphinisme par euphorie ou passionnel

Mais à côté de cette grande classe de morphinomanes, à côté de cette grande cause du morphinisme : une thérapeutique mal comprise, il y a toute une catégorie de morphinomanes chez qui la porte d'entrée de l'intoxication n'a pas été une maladie. C'est cette catégorie de morphinomanes que l'on appelle les *morphinomanes par euphorie.* Remarquons ici que cette expression « Euphorie », employée par Levinstein, n'est pas de ce dernier, mais bien de Fiedler [2] qui l'a employée le premier.

Disons-le de suite, cette catégorie de morphinomanes est fort peu intéressante et peu digne de pitié; ce sont les véritables ivrognes de la morphine. C'est un morphinisme acquis, qui est par rapport au premier ce que la syphilis acquise est à la syphilis congénitale, ce que l'ivrognerie alcoolique est à la dipsomanie. Ils ont été chercher eux-mêmes le poison qui doit les consumer; l'accoutumance n'est venue que plus tard; ici, ils sont véritablement coupables, tandis que tout à l'heure on n'avait devant soi que des malades.

Nous aurons occasion de développer ces considérations étiologiques dans notre dernière partie (V. la Déontologie médicale), mais nous tenons dès à présent à établir une grande division entre ces deux grandes classes de morphinomanes. Cette division s'impose non seulement au point de

[1] Fiedler, *Ueber den Missbrauch sub-cutanen Morphium injectionen*, in deustch Zeitschr. f. prakt. medicin, 1874-27 (4/7) und 28 (11/7).

vue étiologique, mais aussi au point de vue symptomatique et même pronostic.

Il n'y a donc en réalité que ces deux grandes origines, que ces deux grandes sections d'étiologie dans la morphinomanie, l'*origine thérapeutique* et l'*origine euphoristique.*

La première, nous l'avons vu, pourra comprendre, nous avons invoqué pour cela les données physiologiques, tous les tempéraments, toutes les classes, car les piqûres de morphine, quel que soit le tempérament individuel, s'imposent au bout d'un certain temps comme une nécessité.

La seconde, au contraire, pourra comprendre une foule de gens, mais surtout ceux qui, par leur tempérament naturel, se trouvent attirés vers l'inconnu. Or quelle est la classe en nosographie qui a une tendance marquée à rechercher les voluptés inconnues, si ce n'est cette grande classe de déséquilibrés, d'anormaux, de cérébraux, d'originaux, de dégénérés, quel que soit le nom qu'on leur donne, qui, en raison de leur accumulation d'hérédité, ont reçu le nom d'*héréditaires*, sur lesquels on a tant discuté ces dernières années [1].

En effet, c'est dans cette classe nombreuse, où l'on recrute les intoxiqués de toute espèce, que l'on recrutera le plus de morphinomanes *euphoristiques*, de morphiniques dont l'intoxication a une origine purement passionnelle. C'est ce qui fait, comme je le montrerai à l'article des *Coexistences*, que beaucoup de morphinomanes sont névropathes, hystériques, alcooliques, etc. etc.

Cette question d'états coexistants et surajoutés se rattache naturellement à l'étiologie, mais nous l'avons traitée dans un article spécial en raison de son importance, et nous renvoyons le lecteur à ce chapitre (Voir chapitre des *Coexistences*).

Ce sont les morphinomanes de cette catégorie qui sont les

V. les *Annales med. psych.* de 1885, 1886, etc.

dignes acolytes des fumeurs d'opium de Chine, des mangeurs d'opium de Turquie, des thériaquis de Turquie. Or, absorber l'opium en le fumant, en le mangeant, ou en se l'injectant dans les veines, c'est tout un : du moment que le but est le même : recherche de l'ivresse voluptueuse. Dans tous, les cas, ce qu'il y a de certain, c'est que l'aboutissant final est le même : l'abrutissement.

Les autres morphinomanes, les morphiniques thérapeutiques, ne sont devenus morphiniques que par la force des choses. — La première fois qu'ils ont réclamé de la morphine, c'était par nécessité, parce que cet agent leur était devenu un aliment nécessaire.

Les opiophages, les thériaquis et les *morphinomanes* par *euphorie* ne méritent pas plus les uns que les autres d'être pris en pitié : ce sont de vulgaires ivrognes au même titre que les alcooliques ; ceux-ci cherchent l'abrutissement dans l'ivresse éthylique, dans l'ivresse absinthique, ceux-là dans l'ivresse morphinique ; là seulement est la différence.

On comprend dès lors que les déséquilibrés de toute espèce soient ceux qui aient payé le plus large tribut à cette intoxication.

Qu'on me permette maintenant de publier quelques statistiques intéressantes étrangères et françaises. On verra l'influence que certaines professions ont sur le morphinisme. En voici d'abord une très complète que j'emprunte à Levinstein et qui, à ce sujet porte sur 82 hommes et 28 femmes[1].

[1] LEVINSTEIN. — *Zur Pathologie, Statistik, Prognose und gerichtsürlichen Bedeutung der morphiumsucht.* Vortrag in der Berliner med. gesellschaft am 22 oct. 1879. — (Allgem. med. Cent. Zeitung 1870. 27.)

32 Médecins
1 Fils de médecin
2 Infirmiers
1 Étudiant en médecine
6 Pharmaciens [1]
18 Officiers
11 Négociants
3 Rentiers
1 Professeur
4 Magistrats
3 Propriétaires
—
82

8 Femmes de médecins
2 Religieuses
1 Sage-femme
1 Femme de pharmacien
1 Femme d'officier
5 Femmes de négociants
4 Rentières
2 Professeurs
4 Employées
—
28

Voici une autre statistique intéressante également au point de vue de l'influence des professions sur le morphinisme. Nous l'empruntons à Burkart[2].

Sur 115 morphinomanes Burkart a trouvé 85 hommes et 30 femmes :

Dont 45 médecins, 6 femmes de médecins, 2 pharmaciens, 9 militaires, 6 employés, 20 négociants, 3 étudiants.

Obersteiner[3] sur 143 hommes a trouvé 97 médecins, = 46,9 0/0.

Guntz[4] sur 6 cas note 2 médecins et 2 officiers.

Mattison[5] sur 3 cas, 3 médecins.

Nous ne connaissons qu'une seule statistique française reposant sur un chiffre élevé, celle de Landowski, qui sur 160 malades trouva 56 médecins et 25 auxiliaires de médecins.

[1] Senator (loc. cit.) cite le cas d'un pharmacien morphinomane qui s'injectait 4 gr. par jour.

[2] Burkart. — *Zur Pathologie der chronischen Morphium vergiftung Statistik.* (Deutsh. med. Wochenschrift. 1883, 30 nov. 1883).

[3] Obersteiner. — *Der chronische Morphinismus* (Wiener Klinik III Heft, mars 1883.)

[4] Güntz. — *Ueber Morphinismus* (Memorabilien 1879. XXIV, — 12, page 434.)

[5] Landowski. — *Congrès de la Rochelle,* 1882.

Ces statistiques intéressantes prouvent jusqu'à quel point la profession paye son contingent à cette triste maladie. — On voit aussi qu'en Allemagne, l'armée, surtout les officiers, se morphinisent sur une très vaste échelle. Je n'ai trouvé nulle part dans les auteurs allemands les mobiles de cette passion, le moindre commentaire ni même la moindre explication à ce sujet. Le fait brut est constaté dans les statistiques de Leveinstein, d'Obersteiner, de Burkart et de Guntz, et c'est tout.

Jusqu'à présent, si l'on consulte les observations publiées, en dehors bien entendu, des observations de morphinomanie exclusivement thérapeutique, nous trouvons qu'avec les médecins et les pharmaciens ceux qui payent le plus large tribut à la maladie sont les officiers et les femmes du monde. Nous ne parlons bien entendu en ce moment que des statistiques étrangères et de celles de Landowski.

Il y a, comme nous le disions un fait saillant qui en découle tout d'abord c'est la proportion relativement considérable de médecins qui y rentrent, ou de gens, qui à quelque degré que ce soit, touchent à la profession médicale : fils de médecins, femmes de médecins, étudiants en médecine, pharmaciens, infirmiers. — Dans les statistiques de Levinstein, de Burckart, de Landowski, ils y rentrent pour près des deux tiers. C'est on le voit une proportion effrayante.

Dans la statistique d'Erlenmeyer[1] on trouve les mêmes éléments de statistique que dans celle de Levinstein. — Bien que très intéressante nous ne la donnons pas pour ne pas trop nous étendre.

Pour ce qui est de l'armée en Allemagne et en Angleterre, où ces habitudes, comme l'indiquent les statistiques sont une véritable plaie, nous en avons cherché en vain les causes dans les écrivains de l'autre côté du Rhin. Aussi, sommes-nous forcé, au point de vue de nos appréciations, d'émettre une certaine réserve. Cependant, d'après les renseignements

[1] ERLENMEYER. — *Die Morphimusucht*, 1887.

puisés avec beaucoup de peine, aux sources mêmes, et certaines confidences de spécialistes étrangers autorisés, nous avons recueilli à ce sujet quelques éléments d'appréciation qui nous ont fait une opinion vraisemblable : on sait quel puissant stimulant physique et moral, est la morphine. Or, au moment de la campagne franco-allemande (et ce n'est pas le fait le moins curieux), alors que le morphinisme n'était pas encore connu, plusieurs officiers, obligés à ce moment à un grand effort physique et moral pour des raisons faciles à comprendre, eurent recours à la morphine. Et, si nous en croyons les détails que nous nous sommes procurés, beaucoup de jeunes officiers soit par imitation, soit pour toute autre cause, eurent alors recours à ce stimulant, pour y puiser la force et l'énergie commandées par les circonstances. Cet usage ne s'est pas étendu aux simples soldats. Une fois la guerre terminée, la plus grande partie cessèrent spontanément l'emploi d'un stimulant inutile. Mais plusieurs continuèrent, et l'augmentation des doses aidant, l'*état de besoin* survenant, la morphinomanie se développa peu à peu dans l'armée. Et enfin, comme toujours grâce à la contagion, cette passion ne fit que croître et embellir, surtout parmi les officiers subalternes, où on la signale comme une véritable plaie.

Cette passion n'existerait qu'en Allemagne. On nous a bien rapporté quelques cas développés en Angleterre, mais ces cas avaient trait à des chirurgiens d'armée, ce qui enlève toute signification à ces faits, et les fait rentrer dans les cadres ordinaires et classiques.

Nous ne croyons pas, heureusement pour nous, que ces tendances règnent dans l'armée française. Les recherches que nous avons faites dans ce sens, soit dans les annales de médecine militaire, soit dans les conversations que nous avons eues avec quelques médecins militaires, nous autorisent même à penser que les pratiques morphiniques sont absolument inconnues dans nos régiments. Nous avons connu, il est vrai, un jeune sous-lieutenant morphinomane, mais l'origine du mal était ici un rhumatisme articulaire.

Il y avait ensuite à commenter les sept ou huit statistiques que nous avons empruntées aux auteurs au point de vue de la fréquence du vice morphinique chez la *femme*, et de leur signification au point de vue professionnel, ce qu'il importait surtout de rechercher au point de vue clinique et prophylactique. Nous trouvons dans l'énumération que nous avons donnée, des femmes de médecin, de pharmacien, d'officier, de négociants, de rentiers, quelques ouvrières seulement, etc. Mais malheureusement, il n'y a pas à en tenir un grand compte, car dans presque tous les cas rapportés, il s'agit de femmes qui ont contracté leur passion au contact de leurs maris. Au point de vue qui nous occupe, elles ne nous donnent donc aucun renseignement.

D'autre part il est une conclusion rigoureuse qui s'impose à la lecture raisonnée de toutes les statistiques connues jusqu'à présent, c'est qu'il n'y est fait mention que des classes élevées de la société. Nulle part, même dans de faibles proportions, au point de vue du moins de l'origine *passionnelle* du mal, il n'est question des classes inférieures. C'est là évidemment une lacune grave, dans l'état actuel de la science, lacune qui trouve cependant son explication toute naturelle dans ce fait que pendant longtemps, le morphinisme est resté l'apanage exclusif des lettrés, des savants, des classes privilégiées. Mais actuellement, grâce à ses causes multiples et complexes dont nous parlerons tout à l'heure, on sait que dans ces dernières années l'intoxication morphinique a pris une extension considérable, et qu'elle a envahi non seulement les milieux moyens et populaires, mais qu'elle a pénétré jusques dans l'atelier, jusques dans la chaumière même. — Il y a enfin toute une catégorie très nombreuse de morphinomanes, que nous avons pu observer à loisir durant deux années d'études médicales aux infirmeries du Dépôt, nous voulons parler des femmes galantes. Il ne peut en effet faire de doute pour personne, que actuellement, en dehors des femmes du monde dont il n'est pas parlé non plus, les femmes du demi-

monde, à Paris au moins, payent un large tribut à la maladie, jusqu'au jour peu éloigné, où, si on n'intervient pas, la morphine sera, au même titre que l'alcool répandu dans toutes les classes de la société.

En tenant compte de toutes ces considérations, il importait pour être au courant de l'état actuel de cette question si palpitante d'intérêt, de pouvoir consulter une statistique qui tînt compte de tous ces nouveaux éléments, de tous ces nouveaux facteurs. Si la science marche, on peut malheureusement en dire autant des maladies même artificielles qui nous infestent ; et parmi ces maladies, on peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que le vice morphinique en tient la tête. En trois ou quatre ans il a marché à pas de géants, étendant ses ravages partout. De telle sorte qu'un tableau comparatif professionnel très exact et très vrai, il y a quinze ans et même dix ans, doit forcément être regardé, aujourd'hui, comme très imparfait, considéré du moins comme élément d'information, et ne donnerait qu'une idée très incomplète de l'étendue du mal.

Notre statistique. — Aussi pour toutes ces raisons, depuis très longtemps déjà, avons-nous recherché les bases d'une statistique, assez complète pour avoir une opinion exacte de l'extension du mal, de ses différentes étapes, et de sa signification au point de vue professionnel ; car il y a là, comme nous le verrons dans la suite des indications sérieuses au point de vue du traitement tant prophylactique que curatif. Nous n'avons pas tenu compte évidemment de tous les cas d'intoxication observés par nous ; nous avons éliminé tous les faits ou la profession ne portaitpas une étiquette absolument nette, ainsi que tous ceux insuffisamment caractérisés, et où la passion morphinique n'était pas clairement démontrée. C'est pourquoi nous n'avons retenu que les observations de *morphinisme* et de *morphinomanie* telles que nous les avons

définies dans notre premier chapitre. Tous les cas ayant trait soit à l'intoxication aiguë, soit à l'intoxication passagère des morphinisés, soit à la morphinisation expérimentale ou accidentelle, etc., sont ainsi exclus de notre statistique.

En procédant de la sorte, en éliminant soigneusement tous les faits douteux, nous sommes arrivé à un total de cent vingt observations *personnelles*, recueillies depuis sept ou huit années dans les différents milieux où nous avons été à même de puiser. Parmi elles, beaucoup ont été prises dans les quartiers ou dans les consultations des asiles, car, comme nous essaierons de le prouver plus tard, le placement des morphinomanes dans les asiles d'aliénés est absolument légitime. D'autres, en assez grand nombre ont été recrutées dans les salles d'hôpitaux. Plusieurs de nos malades ont été observés dans ce milieu tout à fait spécial qu'on appelle l'Infirmerie du Dépôt, ce qui forcément donnera un cachet particulier à notre statistique : mais il est juste de faire remarquer à ce propos que, si en raison de ce fait notre tableau *comparatif* perd un peu de sa valeur *absolue*, il gagne en revanche en ce qu'il tient compte d'un élément nouveau important, l'élément criminel ou délictueux, que tout autre à notre place eût été forcé de négliger. Quelques-uns enfin des cas qui rentrent dans notre statistique sont pris dans la clientèle particulière, tant parmi les malades que nous avons été appelé à soigner que, parmi des amis, des confrères même ou de simples connaissances.

Il reste bien entendu que nous confondons maintenant les cas de morphinomanie à origine *passionnelle*, et ceux à origine *thérapeutique* ou *médicale*. A ce point de vue, on doit regretter que dans les statistiques allemandes ou étrangères que nous avons citées plus haut, il ne soit pas tenu compte de cette double origine. Les cas de morphinisme y sont recueillis en bloc, sans qu'on ait fait cette division, qui offre cependant un grand intérêt non seulement descriptif mais clinique, je dirai même philosophique. — Mais enfin cette la-

cune, nous avons essayé de la combler tout à l'heure, car il n'existe pas à notre connaissance de tableau statistique de cette nature, ni en France ni à l'étranger. Nous n'y reviendrons pas, et nous nous contenterons de rappeler ici que l'origine *thérapeutique*, chez nous du moins, nous a paru être plus fréquente que l'origine *passionnelle*, dans les proportions des quatre cinquièmes. — Dans la statistique que nous donnons en ce moment, nous nous plaçons à un point de vue beaucoup plus général ; et sur les cent vingt observations que nous apportons à l'appui de notre thèse, il y rentre ces deux éléments forcément mélangés.

Du reste, en faisant notre statistique, nous avons voulu avant tout nous placer à un point de vue pratique et aider à la prophylaxie du mal ; et pour ce faire, nous devons simplement tenir compte de la profession. Il nous a paru oiseux d'indiquer dans un tableau l'âge comparatif des malades. Nous aurons plus tard occasion de donner quelques renseignements à ce point de vue. — Il nous a paru rationnel, de procéder par ordre de mérite, s'il est permis de s'exprimer ainsi :

17 Médecins.
7 Étudiants en médecine.
5 Pharmaciens.
3 Etudiants en pharmacie.
7 Ouvriers.
3 Infirmiers.
2 Garçons de laboratoire.
1 Fabricant d'instrument.
3 Artistes.
2 Étudiants en droit.
2 Hommes de lettres.
2 Négociants.
3 Propriétaires.
2 Avocats.
2 Paysans cultivateurs.
1 Marin.
1 Prêtre.
1 Officier.
2 Employés de commerce.

——
66

12 Épouses de médecins.
4 Épouses de pharmaciens.
13 Femmes du demi-monde.
11 Ouvrières de toute catégorie.
4 Infirmières (surveillantes ou filles de salle).
3 Artistes.
3 Femmes du monde.
1 Sage-femme.
2 Domestiques.
1 Religieuse.

——
54

Il y a tout d'abord une conclusion qui s'impose à la lecture de notre statistique, c'est qu'elle diffère très sensiblement des autres statistiques, allemandes et étrangères, que nous avons données quelques pages plus haut. Or, comme ces dernières remontent à plusieurs années, c'est là une preuve indéniable que le morphinisme a pris depuis quelque temps des proportions inquiétantes.

Il y a des catégories entières de morphinomanes, dont il n'est même pas fait mention dans les tableaux allemands, et qui dans notre statistique sont représentées par un chiffre énorme.

Tout d'abord, il en découle une première conclusion qui frappe vivement l'esprit, c'est que les classes moyennes et inférieures, qui semblaient autrefois devoir échapper au fléau, lui payent maintenant un aussi large tribut que les classes privilégiées. Il y a à cela des causes multiples et complexes dont nous parlerons plus loin, mais dont on doit citer dès à présent la principale, l'exemple, la contagion, qui s'exercent, comme nous le verrons, sous plusieurs formes. Mais le fait saillant qu'il nous importe surtout de retenir ici, c'est que actuellement les gens du peuple, les ouvriers et les ouvrières se morphinisent tout autant que les gens des milieux supérieurs. C'est ainsi que dans notre statistique nous trouvons dix-huit ouvriers et ouvrières de toute catégorie, sans parler des infirmiers, des garçons de laboratoire, etc., dont la passion a une signification particulière, comme nous l'avons vu.

On y remarque même que les gens de la campagne ne sont pas absolument à l'abri de la contagion, ainsi que les habitants des côtes. Ils y rentrent, il est vrai, pour une très faible part dans notre tableau comparatif, mais il y a lieu ici de faire remarquer que nous avons surtout pris nos sujets d'observation dans les villes, et que nous n'avons eu occasion de puiser des renseignements dans les milieux dont nous parlons, qu'accidentellement et pendant peu de temps. Mais

nous pouvons ajouter que, à ce point de vue, notre statistique est au-dessous de la vérité, si nous nous en rapportons aux renseignements fournis par des confrères de la campagne, qui nous ont cité des exemples indéniables de morphinisme à origine non seulement thérapeutique, mais même passionnelle. Nous ne pouvions pas, cela va sans dire, en tenir compte dans une statistique sérieuse, puisque nous n'avions pas pu observer les malades en question, et relever l'histoire de leur affection. — Quant aux deux marins dont nous parlons, ils ont été soignés par nous-même pendant un très court séjour dans une petite station maritime : ils ne présentaient du reste aucune particularité, et devaient leurs habitudes à un traitement mal approprié. En effet nous montrerons dans la dernière partie de notre mémoire à quels abus en sont arrivés certains praticiens qui distribuent à tort et à travers, et pour la plus petite migraine, les injections morphinées, aux plus grands détriments de leurs malades : car en province, si c'est une médication toute trouvée et un remède facile à emporter avec soi dans les tournées, et qui satisfait immédiatement le client le plus difficlie, il ne faut cependant pas perdre de vue qu'une première piqûre peut entraîner des conséquences irrémédiables.

Nous n'avons pas cru nécessaire de faire deux catégories séparées pour les propriétaires et les rentiers, comme le fait Levinstein. Chez les deux malades dont nous parlons, il ne s'agissait du reste que de l'origine thérapeutique.

Pour ce qui est du vice morphinique observé chez la femme, notre statistique diffère aussi très sensiblement des statistiques allemandes. Dans la statistique de Levinstein par exemple, il n'est question une seule fois ni des ouvrières, comme nous l'avons dit tout à l'heure, ni des femmes galantes. Il est vrai d'ajouter que nous avons observé pendant deux ans dans un milieu absolument particulier, l'Infirmerie Spéciale de la préfecture de police et l'Infirmerie du Dépôt, où nous avons puisé un grand nombre de nos observations.

Mais cependant, quelques-uns des cas de morphinisme que nous relatons ont été pris ailleurs, soit dans les salles d'hôpital, soit dans la pratique courante.

Aussi, tout en faisant quelque réserve au point de vue de la moyenne proportionnelle de notre statistique, nous avons le droit de dire qu'elle est conforme à la réalité des faits cliniques. Il y a à cela du reste des raisons d'ordre général sur lesquelles nous reviendrons plus loin, mais que nous pouvons indiquer déjà sommairement dans un chapitre d'étiologie : Dans le monde des aliénistes, il est un fait notoire et reconnu comme banal, c'est le grand contingent que les femmes galantes fournissent à l'aliénation mentale ; et, parmi ces dernières, celles qui occupent pour ainsi dire le dernier échelon, les *filles publiques*, en revendiquent la plus large part, pour des motifs d'ordre philosophique. Quoi d'étonnant alors, que parmi les intoxiqués morphiniques d'origine *passionnelle*, qui se recrutent surtout parmi les déséquilibrés, quoi d'étonnant qu'elles atteignent dans notre tableau comparatif une si large proportion ! Nous ajouterons même, que pour la morphinomanie, comme pour les formes toxiques ou les autres états psychopathiques nous avons remarqué qu'elle prédominait également chez les femmes de la dernière catégorie que l'on désignait couramment dans les bureaux et les dispensaires du Dépôt sous le nom d'*insoumises*. Nous donnerons plus loin incidemment l'observation de filles, arrêtées pour s'être livrées à la prostitution clandestine la plus éhontée, et chez lesquelles, la préposée aux fouilles réglementaires, avait découvert tout l'arsenal nécessaire aux injections hypodermiques.

Dans le chiffre des *femmes du monde* que nous donnons et pour lesquelles nous n'avons pu trouver d'autres dénominations, une devait sa maladie à l'influence thérapeutique, et les deux autres à une origine passionnelle. L'origine *passionnelle* devait être incriminée également pour les trois artistes qui rentrent dans notre statistique. — Les deux domestiques dont il s'agit avaient obéi toutes deux à la contagion de

l'exemple de la part de leurs maîtresses morphinomanes. Chez l'une d'elles, il y avait eu même un véritable encouragement, de véritable conseils à se morphiniser : Sa maîtresse, morphinique, et hystérique par surcroît, faisait autour d'elle une véritable campagne pour gagner des adeptes à son vice, en vertu de ce penchant au prosélytisme qui s'empare de tant de morphinomanes au début. Celle-ci avait d'abord naturellement essayé de gagner sa domestique, qui, véritablement harcelée (nous tenons ce fait de sa propre bouche) avait fini par succomber à ses incitations répétées, et était devenue peu à peu morphinomane.

Pour ce qui est des autres professions, nous n'avons rien à ajouter, si ce n'est que dans notre statistique comme dans celle d'Erlenmeyer, comme dans celle de Levinstein, la même conclusion s'impose : c'est que l'exemple domine toute la pathogénie du morphinisme. En ce qui concerne les femmes de médecins, les femmes de pharmaciens, cette étiologie ressort pleinement : pour tous les cas que nous mentionnons, il n'y a aucun doute à cet égard, et ils concernent tous des faits bien connus de nous, dans lesquels l'auteur principal, le seul coupable même, est le mari. Nous pouvons tirer les mêmes conclusions, à propos des infirmières et des sages-femmes qui, bien probablement, n'auraient jamais contracté ces funestes habitudes, sans les contacts professionnels de toute nature, avec les médecins, avec les malades et surtout avec les médicaments. Dans cet ordre d'idées, nous pourrions citer à l'appui de notre thèse, bien des observations intéressantes, ayant trait des malades morphinomanes, considérés dans leurs rapports avec le personnel chargé de les surveiller; mais bien que libre de tout engagement, cependant, nous sommes, dans quelque mesure, tenu à une certaine discrétion professionnelle, à l'égard de révélations faites à nous seulement et confidentiellement. S'il nous était permis, à ce propos, d'entrer dans quelques détails, nous pourrions citer des cas indéniables, dans lesquels des personnes chargées

de surveiller des intoxiquées en traitement progressif, leur ont non seulement administré des piqûres en cachette, mais s'administraient des injections de morphine, en compagnie de leures malades, et cela, à l'insu du médecin qui plaçait en elles toute sa confiance. Ce qui prouve une fois de plus, disons-le incidemment, que dans le traitement de cette intoxication, le *médecin doit compter sur lui seul*, et vérifier par lui-même, si ses prescriptions sont suivies.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette dernière partie de notre statistique, que la *contagion* médiate ou immédiate joue un grand rôle étiologique, un rôle complexe même, dans l'histoire de la morphinomanie. Aussi, à ce titre, nous devons, dans un chapitre d'étiologie, entrer dans quelques considérations nécessaires au point de vue prophylactique. Nous en ferons l'objet d'un quatrième paragraphe. Mais, avant d'analyser ce nouveau facteur étiologique qui comporte des développements assez longs, il nous faut, pour le mieux saisir, étudier une nouvelle classe d'intoxiqués morphiniques, les morphinisés, qui nous paraît avoir sa place marquée dans les cadres nosologiques. Nous avons hésité longtemps avant d'en faire une catégorie spéciale. Mais, après avoir longuement commenté et analysé les faits qui avaient d'abord attiré notre attention, nous avons persévéré dans notre résolution première.

§ 3. — Les Morphinisés

En résumé, nous trouvons deux causes bien nettes au morphinisme : l'origine euphoristique, ou mieux *passionnelle* [1] et l'origine *thérapeutique*.

Mais, à côté de ces deux grandes classes, n'y a-t-il pas place pour une troisième catégorie peu signalée encore, mais n'en existant pas moins, puisque dans le cours de notre mémoire nous aurons occasion d'en donner des exemples.

[1] Nous préférons l'expression *passionnelle* au terme *euphoristique* dû à un allemand, Fiedler, *loc. cit.*

Nous voulons parler de cette catégorie d'individus qui se font des piqûres de morphine à époques indéterminées, quelquefois longuement espacées : ils ne méritent dès lors, ni le nom de morphiniques, ni le nom de morphinomanes, car ils ne sont pas sous l'influence de l'intoxication chronique, encore moins de l'*état de besoin.*

Nous pensons, en effet, qu'il y a lieu de faire une classe à part pour les *morphinisés* de cette catégorie. Elle comprendra tous ces individus qui, à un moment donné de leur existence, demandent à la morphine le stimulant, l'appoint qui leur manque, comme d'autres, en pareille occurence, s'adressent à l'alcool, au café, etc.

Ce n'est pas, du reste ici, et nous insistons sur ce point, une simple vue de l'esprit. Beaucoup de morphinomanes n'ont été, pendant longtemps, que des morphinisés de la catégorie de ceux que nous étudions ici. — Un malade, docteur en médecine, dont l'histoire est racontée par Marandon de Montyel (1885, *Ann. med. psych.*), semble s'être fait pendant longtemps des injections de morphine à titre de simple excitant moral ou intellectuel. C'est ainsi qu'à la suite d'échecs à ses examens de doctorat, on le voit recourir immédiatement à une piqûre et y chercher un oubli que d'autres cherchent, en pareil cas, dans l'alcool. C'est ainsi qu'on le voit s'injecter une forte dose de morphine, quand il se sent incapable de tout travail intellectuel, et lorsque l'alcool, qu'il fait alterner du reste avec la morphine, ne lui suffit pas. Il ne paraît être devenu véritablement morphinomane, c'est-à-dire se faisant journellement des injections, qu'au bout de quelques années de ce régime.

Zambaco (*loc. cit.*), si compétent dans toutes les questions qui touchent au morphinisme, insiste aussi beaucoup sur l'action particulière qui nous pousse à faire ici, de certains individus, une catégorie spéciale dans l'histoire de la morphinomanie. Un de ses clients, homme de lettres et intelligent, trouvait aussi dans la morphine l'appoint qui lui manquait

dans l'exercice de ses facultés : « Les jours où son intelligence doit être occupée, il est obligé de sortir de temps en temps de son Conseil pour se faire une injection en cachette, après quoi il rentre auprès de ses collègues, mieux disposé pour le travail... Selon la durée de son travail intellectuel, selon que les séances du conseil sont plus ou moins prolongées, X... se pratique dans la journée un plus ou moins grand nombre d'injections, toujours proportionnelles à l'activité cérébrale qu'il aura à déployer. Chaque injection me ranime et me remonte, dit-il, comme un verre de cognac. »

Delabanne [1] cite un exemple intéressant de morphinisé de cette catégorie.

Nous avons tenu à faire ces citations, parce qu'elles montrent bien dans l'espèce le rôle de la morphine, que nous voulons ici mettre en relief.

Ces morphinisés ne doivent pas être appelés morphiniques, pas plus que l'individu qui de temps à autre prend un verre de liqueur, ne doit être appelé un alcoolique, un ivrogne. Ils se piquent dans certaines circonstances données, où il sera nécessaire de demander à leur cerveau plus qu'il n'a coutume de leur donner, comme, par exemple, un travail plus soutenu qu'à l'ordinaire. Ce sera, si l'on veut, pour quelques-uns, un stimulant intellectuel, et un stimulant intellectuel réel, dangereux il est vrai, mais qui, pour quelques instants, donnera aux cellules cérébrales, un regain d'activité ; et, toutes les fois qu'ils sentiront leur énergie manquer, leurs forces intellectuelles s'épuiser, ils auront recours à une piqûre.

Ce sera pour d'autres défaillants, dans un ordre d'idées différent, un consolateur d'un nouveau genre, non moins nuisible en réalité que l'alcool, mais moins dégradant à leurs propres yeux ; chaque fois que le courage moral leur fera défaut, ils se pratiqueront une injection.

[1] Delabanne. — Thèse citée.

Nous avons connu un malade dont l'origine du vice morphinique devait être attribuée à cette cause spéciale. Très affecté par la mort de son père qu'il aimait beaucoup, et, connaissant d'autre part les vertus des injections en sa qualité d'étudiant en médecine, il y chercha des consolations à son chagrin. Dans les premiers temps, cet étudiant ne se faisait des piqûres que par intervalles, lorsqu'il ne pouvait surmonter son abattement. Peu à peu, les piqûres se rapprochèrent et l'*état de besoin* se mit de la partie : il était devenu morphinomane. Nous donnons plus loin le résumé de son observation.

Eh bien, tous ces incapables d'un nouveau genre qui ne peuvent se suffire par eux-mêmes, ne se feront pas systématiquement tous les jours une piqûre de morphine, ils ne la feront que lorsqu'ils en auront besoin, sans y être, du reste, forcés irrésistiblement, ce qui les éloigne des dipsomanes. — Nous savons bien qu'en agissant ainsi, ils jouent avec le feu, et qu'ils sont sur une pente fatale, mais ils ne doivent certainement pas être appelés morphinomanes.

Vouloir faire une classe à part de ces morphinisés, c'est, jusqu'à un certain point, s'inscrire en faux contre les données physiologiques sur lesquelles nous insistions tout à l'heure, à savoir que l'injection de morphine, par sa répétition, développe un besoin psycho-somatique, un besoin vital.

Mais nous devons alors admettre quelques exceptions à cette règle, car les morphinisés dont nous parlons existent bien réellement : les observations cliniques le prouvent, et l'on pourrait, dans la pratique journalière de la vie, en trouver de nombreux exemples.

Nous aurons, du reste occasion de revenir, dans la suite, sur cette question physiologique intéressante et, je crois, malheureusement pleine d'actualité.

Nous verrons alors que les morphinisés de cette espèce abondent. En effet, pendant que d'autres cherchent un stimulant, un oubli dans le café, dans l'alcool, etc., quelques uns ont cru trouver dans une injection de morphine

pratiquée au moment voulu, l'appoint qui leur manquait.

Seulement si de pareils faits semblent rares, c'est que, bien que la morphinisation n'ait pas le caractère infamant de l'alcool, par exemple, les individus qui en usent dans ce sens, se cachent de peur d'être taxés d'ivrognerie morphinique. Mais le médecin peut facilement leur arracher une confession, et alors on obtient des aveux intéressants : « La piqûre de morphine dans ces conditions, nous disait un de nos malades, est une révélation. »

Nous n'avons pas ici à faire ressortir les dangers qu'il y a « *à jouer ainsi avec le feu* ». — Nous voulons simplement prouver qu'il y a peut-être, à côté des deux grandes classes de morphinomanes admises, place pour les morphinisés de cette espèce.

Mais nous avions surtout pour but, en donnant ici la description de cette catégorie de morphiniques, d'aborder un point de doctrine très important. Nous devions même entrer dans des détails nécessaires pour bien faire comprendre le caractère des symptômes présentés et la nature même de leur mal. Et c'est pour cela que nous avons cru indispensable de créer cette nouvelle classe d'intoxiqués par la morphine qui sont aux vrais morphinomanes ce que les buveurs d'occasion sont aux ivrognes de profession.

Nous tenions moins, en agissant ainsi, à créer une nouvelle espèce de malades, qu'à affirmer un point de doctrine très discuté, qui a donné lieu à des controverses sans nombre, et qui tout récemment encore, à la Société Médico-psychologique de Paris, a soulevé des débats intéressants [1] à propos de la *terminologie* du morphinisme. Car le point doctrinaire auquel nous faisons allusion se rapporte encore, et très intimement, à la question si souvent débattue du nom que doit

[1] *Soc. méd. psych.* (1889). In ann.

porter l'intoxication, la passion morphinique. — Que le lecteur me permette d'entrer à ce sujet dans quelques détails rétrospectifs.

Tant au point de vue étiologique qu'au point de vue des symptômes, il y a lieu, nous l'avons vu, d'admettre deux grandes divisions dans le morphinisme : le *morphinisme* proprement dit et la *morphinomanie.* Il est juste d'ajouter que dans le langage scientifique courant et même dans la nomenclature médicale, on confond journellement ces deux ordres, ces deux subdivisions de l'intoxication. Tous les praticiens, voire les spécialistes, emploient ainsi indistinctement ces deux termes l'un pour l'autre, et moi-même, dans mes descriptions, je les ai bien souvent confondus. Cependant on doit dire que dans un langage scientifique absolument rigoureux, tous les aliénistes sont d'accord sur ce point, on doit appeler *morphinisme* l'intoxication dans laquelle la morphine ne se décèle que par des troubles physiques, et réserver l'appellation de *morphinomanie* aux cas dans lesquels viennent s'ajouter des accidents *psycho-sensoriels.*

Hâtons-nous d'ajouter que cette nomenclature est conforme du reste à la signification admise et donnée par tous les aliénistes à la désinence *manie.* On sait, en effet, qu'elle implique l'existence de troubles psychiques et de conceptions délirantes, en un mot d'une psychose. Au contraire, les simples troubles démentiels, affaiblissement intellectuel, amoindrissement du niveau mental, des facultés mentales, de l'état mental en résumé, et il faut insister sur ce point, n'impliquent nullement l'existence d'une psychose et ne doivent pas rentrer dans ces accidents dits psycho-sensoriels. — Autrement dit, on peut trouver et on trouve du reste assez souvent un certain degré d'*affaiblissement* dans la passion morphinique de longue date, sans qu'il y ait morphinomanie au sens vrai du mot : on dénomme cet état *morphinisme* tout simplement, et, même en se plaçant au point de vue le plus rigoureux, cette dénomination en pareil cas

est très légitime. Nous nous trouvons encore ici en présence de cette difficulté : savoir décerner l'état mental de l'état délirant, deux choses absolument différentes.

Quoi qu'il en soit, au point de vue de la terminologie rigoureuse et exacte, les auteurs sont d'accord pour admettre deux catégories d'intoxiqués : les *morphiniques* proprements dits et les *morphinomanes*, selon qu'ils présentent ou non des troubles psycho-sensoriels (conceptions délirantes diverses ou hallucinations). C'est là un grand point de différenciation qui établit une délimitation bien nette entre les deux variétés. Ce dernier cas, nous l'avons dit, est rare, mais il existe, et il est de toute justice de leur faire une classe à part, et de leur décerner une appellation spéciale, pour les distinguer.

C'est du reste un point que nous avons développé ailleurs et sur lequel on ne saurait trop insister car il renferme, comme nous le disions plus haut, une question de doctrine fondamentale.

En effet, est-il permis d'établir une troisième classe de morphiniques ? Nous venons de décrire sous le nom de *morphinisés* toute une catégorie de gens, assez nombreuse, qui ne sont pas morphinomanes et qui ne sont pas encore morphiniques. Ils absorbent bien de la morphine, mais à *petites* doses; et loin d'absorber cet agent quotidiennement et par *habitude*, ils ne le font qu'à de lointains intervalles. Surtout, et c'est là la raison qui nous a poussé à en faire une espèce particulière, à l'encontre des deux autres variétés, ils ne sont pas portés à se piquer en vertu de cet *état de besoin* caractéristique qui les entraîne à recourir plusieurs fois par jour aux injections, et ils ont recours à la morphine à titre de *stimulant* tout simplement, et sans y être incités par cette appétence psycho-somatique si intéressante au point de vue physiologique; ils regardent alors leur stimulant non comme un aliment nécessaire, mais comme un adjuvant dont ils pourraient fort bien se passer. — Et nous avons vu, qu'à

petites doses et non continues, la morphine est loin de provoquer les mêmes effets, les mêmes résultats pernicieux. Nous avons cité à l'appui de cette assertion quelques cas empruntés aux auteurs et plusieurs faits personnels. Les observations de ce genre, croyons-nous, sont encore plus fréquentes qu'on ne le pense et, pour notre part, nous pourrions sans profit les multiplier, car il nous a été donné d'en recueillir un certain nombre que nous utiliserons au moins pour notre statistique.

Mais est-ce à dire que cette troisième variété de malades, que ces *morphinisés* (et c'est là le point délicat de toute cette argumentation) doivent être assimilés à des dipsomanes? — Ou plutôt, en dehors de ceux-ci, y a-t-il parmi les formes, parmi les variétés de passions pour la morphine, y a-t-il place pour une quatrième classe? C'est là le fond de la doctrine que nous discutons.

En d'autres termes, y a-t-il lieu, dans ce chapitre des différentes espèces de morphinisme, d'y admettre des individus *qui sont poussés à se morphiniser* en vertu d'*une impulsion irrésistible?* Existe-il des gens qui absorbent de la morphine *par accès* seulement ?

Cette question, on le voit facilement, revient à se demander si on trouve pour l'ivresse morphinique ce que l'on observe pour l'ivresse alcoolique, c'est-à-dire trouve-t-on des passionnés pour la morphine analogues aux dipsomanes ?

En fin de compte, est-ce qu'il existe une *dipsomanie morphinique* [1] ?

L'immense majorité des auteurs répond négativement.

[1] Il y a dans cette dénomation de *dipsomanie morphinique*, une sorte de non sens, de paradoxe, si l'on songe que le mot vient de διψη (boisson, vin), μανια (fureur, impulsion à *boire*). — Mais l'usage a prévalu pour certaines impulsions toxiques qu'aucun autre mot ne peut rendre, comme la *dipsomanie pour l'éther* par exemple. Et nous nous basons sur ce précédent pour créer cette appellation qui nous est nécessaire pour rendre notre pensée. — G. Pichon.

Il n'y a pas lieu d'admettre l'existence de cette variété d'intoxiqués, disent la presque unanimité des médecins qui se sont occupés de la question. Et pour notre part, en compulsant le grand nombre d'observations recueillies depuis plusieurs années, nous n'avons pas trouvé un seul fait de cet ordre. Encore une fois, nous avons vu et nous venons de décrire des *morphinisés*, des gens qui ne prennent de la morphine que *par intervalles*, qui ne se piquent *qu'en passant*. Mais ces individus ne se morphinisent pas, *par accès*, nullement en vertu d'un *impulsion irrésistible*. Sur une centaine de cas, connus de nous, un seul, dont nous avons rapporté ailleurs l'histoire, semblait rentrer dans cette catégorie, mais nous faisons à son sujet les plus extrêmes réserves car il nous manque des éléments sûrs pour affirmer un diagnostic. En résumé, jusqu'à plus ample informé, nous refusons de voir parmi les morphiniques qui font l'objet de ce chapitre, des *dipsomanes morphiniques* au vrai sens du mot. Et nous nous refusons à admettre la création d'un quatrième groupe.

Nous venons de donner l'opinion généralement admise, nous pouvons même dire la seule admise jusqu'à présent.

Mais nous devons à l'impartialité de dire que, dans ces dernières années, à propos d'un essai de nomenclature des maladies mentales, qui a eu un légitime retentissement dans le monde psychiâtrique, on est venu battre en brèche les idées reçues, et affirmer l'existence de cette dipsomanie nouvelle.

M. Magnan, dans une tentative de synthèse, rangeant dans un même groupe tous les *syndrômes épisodiques* a caractères communs (impulsions, obsessions, conscience, etc.), a tenu à leur donner une étiquette terminologique commune, et les a désignés par la désinence *manie* [1]. Logique

[1] *Loc. cit.*

faut bien l'avouer, cet auteur a étendu au morphinisme sa jusqu'au bout, i nouvelle nomenclature.

M. Magnan et son école ont été forcés par conséquent de changer le langage courant. Les deux termes employés par tout le monde, ont été fondus en un seul. Le mot morphinisme comprendrait à la fois l'intoxication chronique proprement dite, et l'ancienne morphinomanie elle-même, c'est-à-dire les cas dans lesquels on observe l'adjonction de troubles psycho-sensoriels.

Toujours conséquents avec eux-mêmes, les partisans de cette théorie réservent enfin la dénomination de *morphinomanie*, aux cas de morphinisation *par accès et survenant en vertu d'une impulsion irrésistible*, en un mot à la dipsomanie morphinique [1]. — C'est on voit une révolution complète dans l'ancienne terminologie, appelée à jeter la confusion dans la nomenclature actuelle. — Il est bien entendu que nous formulons cette critique en ce moment, simplement au point de vue du sujet qui nous occupe, le morphinisme.

Quoique regrettable, nous accepterions cependant volontiers cette conclusion, si cette appellation répondait à un besoin nécessaire, en d'autres termes, si elle correspondait à un fait clinique vrai.

Mais il est loin d'en être ainsi. Non seulement les faits de *dipsomanie morphinique*, auxquels seulement on réserverait dès lors le nom de *morphinomanie*, sont reconnus faux par les adversaires de cette nouvelle théorie, mais les partisans de cette nouvelle morphinomanie avouent eux-mêmes qu'on n'en a pas encore trouvé une seule observation authentique. Seulement, il n'y aurait pas là des raisons suffisantes pour éliminer cette nouvelle variété du cadre nosologique.

Nous avouons en toute naïveté ne pas comprendre du tout ce raisonnement. Nous nous refusons à pousser si loin les rigueurs de l'argumentation, surtout lorsqu'il s'agit de faits

[1] Magnan, *Soc. med.-psych.*, séance de février, 1889.

cliniques. Je ne vois pas qu'il soit nécessaire, parce qu'il existe pour l'alcool des impulsions spéciales actuellement bien classées, que l'on décrive des impulsions du même ordre, *supposées*, *hypothétiques*, pour la morphine.

En effet, de même qu'il nous paraît absolument illogique d'acheter le cadre avant le tableau, pour approprier ensuite les dimensions du second aux mesures du premier, il nous semble peu conforme à l'observation clinique, de créer d'abord un cadre pathologique, pour attendre ensuite que les faits observés viennent d'eux-mêmes s'y placer, quitte à attendre longtemps.

Pour toutes ces raisons nous croyons plus sage, avant de changer les dénominations courantes, d'attendre que les faits viennent eux-mêmes poser les règles d'une nouvelle nomenclature. Il y a à cela un autre inconvénient, par le fait de ces changements trop rapides, on arrive, et le cas n'est que trop fréquent dans les discussions scientifiques, à ne plus se comprendre même entre spécialistes.

Aussi, jusqu'à nouvel ordre contentons-nous d'assigner aux termes morphinisme et morphinomanie la signification admise par tous. Quant à la création du troisième groupe des *morphinisés* que nous avons faites, nous y avons tenu parce que nous le croyons conforme à la réalité et parce qu'il nous a paru former un troisième sous-genre, intéressant à connaître au point de vue pratique, et non décrit jusqu'à présent. Nous avons surtout tenu à donner sa description, pour l'opposer au groupe des *dipsomanes morphiniques* (morphinomanes de Magnan) desquels ils diffèrent absolument selon nous.

§ 4. — L'exemple envisagé comme cause de morphinisme

L'exemple est un facteur tellement puissant dans l'étiologie du morphinisme que nous avons voulu lui consacrer un paragraphe spécial.

C'est qu'en effet, en considérant les faits rapportés par les auteurs, en analysant nos observations personnelles, on reste convaincu qu'il y a dans l'exemple, dans la contagion, un élément causal dont on ne peut méconnaître la valeur.

L'exemple manifeste sa pernicieuse influence de bien des façons, et nous l'avons vu pour notre part entrer en ligne sous plusieurs formes.

Tout d'abord, il faut bien l'avouer, cet élément n'agit pas chez tous les individus. Il y a des personnes, au jugement sain, au tempérament solide, à qui les adeptes de la morphinisation raconteront inutilement les phases enivrantes vraies ou exagérées par lesquelles les font passer l'ivresse morphinique. C'est en vain que devant certains sujets bien trempés, les fanatiques de la morphine exposeront leur bien-être, les vertus bienfaisantes de leur poison d'habitude. Ces tempéraments droits verront s'user contre une volonté inébranlable, la funeste contagion de l'exemple. Les partisans de la morphinisation, que leur conduite soit dictée par le désir de trouver des imitateurs ou par tout autre motif, s'épuiseront en pareil cas en vains efforts pour convertir leur entourage à leurs pratiques détestables.

Car, et c'est là un fait d'observation qui nous a bien des fois frappé, dans l'examen des morphinomanes au début, j'ai noté que à cette période de leur maladie, ils sont souvent portés à faire parade de leurs pratiques à leur entourage. C'est surtout chez ceux qui doivent leur mal à la curiosité, et non à la thérapeutique que j'ai remarqué ces tendances au prosélytisme regrettables. Hâtons-nous de faire remarquer que cette propension ne se voit plus à une certaine période de leur passion. Au contraire à ce moment loin de vanter leur *modus vivendi*, ils ne s'y livreront qu'en cachette. Loin de chercher des néophytes, ils cachent leur vice comme un vice honteux; n'en parlant à personne, quand ils iront chez leur pharmacien chercher leur stimulant habituel, ils laisseront même entendre que ce n'est pas pour eux, que c'est pour un membre

de leur famille rhumatisant, etc... Loin de faire de l'apostolat, ils rougissent alors de leurs habitudes, et vont même jusqu'à les nier, comme un ivrogne cherche à céler ses débauches, quand bien même, tout dans son habitude, sa démarche, sur son facies amaigri, dans son regard, etc., trahit sa passion. Apôtre hier, alors que la pratique des piqûres causaient encore chez lui l'état de puissance, l'état d'euphorie morphinique, aujourd'hui son vice lui fait honte à lui-même. — Nous pourrions, à l'appui de notre dire, citer bien des preuves prises parmi les malades que nous avons nous-même observés. J'ai connu un jeune confrère, parvenu à la dernière période du morphinisme, et qui portait écrit sur sa physionomie les traces de sa maladie que j'avais même découverte longtemps auparavant, nier avec la dernière vigueur ses regrettables habitudes. Il ne s'était ouvert à personne, quoique très malade, de sa funeste passion Nous le vîmes un jour tomber, comme un homme ivre devant nos yeux, et comme on s'empressait autour de lui pour lui porter secours, alors que tout indiquait de sa part une confession qui eût permis d'aviser au plus pressé, il prétexta une cause banale, et on dut le conduire à son domicile où il fut obligé de garder le lit. Une autre fois, venu me trouver pour un énorme abcès morphinique de la face antérieure de la cuisse qu'il me pria d'ouvrir, je ne fus pas plus heureux, et, chose curieuse, devant les cicatrices multiples qui s'offraient à mes yeux comme des témoignages indéniables, il garda la même réserve. Je pourrais citer d'autres cas du même ordre, mais je reviens aux morphinomanes du début.

Ceux-ci sont au contraire très loquaces, vantant par-dessus les toits les avantages de leurs pratiques et cherchant à trouver des imitateurs. Les résultats de nos observations nous ont poussé à trouver à cela plusieurs motifs. Tout d'abord, il faut en découvrir la principale raison dans ce fait que les adeptes du morphinisme, sont déjà pour la plupart des morphiniques, à cause précisément de leur *état mental* fonda-

mental. On sait, en effet, et, en dehors du chapitre de l'étiologie, nous aurons souvent occasion d'y revenir, que *ne devient pas morphinique qui veut*, et que les intoxiqués de toute catégorie se recrutent bien souvent dans la grande classe de névropathes, des déséquilibrés de toutes nuances, des impondérés. Or, nul n'ignore quel est le caractère, quelles sont les tendances de ces anormaux. Ceux-ci, par le fait même de leur état mental, sont déjà poussés non seulement à la recherche du merveilleux, mais à tout exagérer, à tout grandir, sans parler même de leur nature essentiellement vicieuse, qui les conduit non-seulement à s'intoxiquer, mais à chercher à intoxiquer les autres. Ainsi donc, en considérant les choses de très près et en recherchant les origines, on voit qu'il y a dans cette tendance que l'on observe assez souvent chez les morphiniques et qui les incite à répandre leur passion autour d'eux, on voit qu'il y a là tout d'abord un effet immédiat de leur vice : on voit en dernière analyse que morphinisme et prosélytisme sont souvent deux effets d'une même cause, l'état mental, qui a déjà engendré le premier.

Mais il y a une autre raison à cet état de choses, moins importante, il est vrai, que celle que nous venons de voir, mais dont on se rendra facilement compte si on analyse l'état qui suit immédiatement la piqûre, dans les premiers temps de la morphinisation seulement bien entendu. On sait qu'à ce moment quelques secondes, quelques minutes au plus après la piqûre, il se produit dans tout l'organisme une véritable stimulation, une véritable hyperactivité psycho-somatique d'ordre physiologique. C'est là un fait indéniable, dont tous les morphiniques rendent parfaitement compte, et qui se traduit non seulement par une exaltation fonctionnelle de tous les organes, mais aussi, et surtout par une sorte de dynamie cérébrale des plus marquées, par une hyperexcitation de toutes les facultés intellectuelles et mentales. Nous l'avons vu, chez certains de nos malades, acquérir une inten-

sité telle, que pour un esprit non prévenu, elle aurait pu passer pour un accès d'*excitation maniaque*.

Dans un cas que nous rapportons ailleurs, l'analogie était si frappante qu'elle en imposa à un aliéniste des plus distingués, qui en l'absence de renseignements avait conclu à ce diagnostic.

Or, cet état d'exubérance psychique se traduit quelquefois par des résultats heureux dont nous parlerons ailleurs. C'est ainsi qu'il nous a été donné de voir des personnes occupant des carrières libérales chercher avec succès dans l'emploi des injections hypodermiques, le stimulant nécessaire pour prononcer un discours, entreprendre un travail prolongé, etc. Mais l'état dynamique en question se manifeste aussi quelque fois par une loquacité intarissable, une tendance quasi-irrésistible à parler d'eux et de leur passion. Et nous pouvons établir ici entre eux et les ivrognes une comparaison qui m'est souvent venue à l'esprit : Comme le vin et l'alcool, la morphine pousse aux confidences et aux confessions.

Malheureusement ces révélations provoquées par l'ivresse morphinique ne portent pas seulement préjudice aux seuls intoxiqués. Les morphinomanes, dans cet état de *puissance morphinique*, d'euphorie, sèment autour d'eux à profusion le germe qui ne tardera pas à produire dans leur entourage les plus détestables fruits. Et il est curieux, dans cet ordre d'idées, de constater qu'il suffit simplement d'un individu pour répandre dans tout le milieu qu'il habite, ces pratiques pernicieuses. Dans ces circonstances, non seulement ils se laissent aller à décrire longuement leur état, leurs sensations diverses, mais avec leur tempérament qui leur donne une certaine ressemblance avec les hystériques, ils sont presque tous portés à des exagérations puériles.

Ils racontent alors à tout venant, souvent même au premier venu le bien-être, les sensations voluptueuses que leur procurent les injections hypodermiques, appuyant sur cer-

taines particularités qui leur semblent plus séduisantes que d'autres. Certains intoxiqués que nous avons connus nous faisaient de leurs impressions un récit enchanteur, revenant sur certains détails, comme s'ils s'y complaisaient et ne pouvaient abandonner leurs descriptions. Ils oubliaient de dire que les suites étaient loin d'être aussi agréables que les conséquences immédiates : car à la stimulation factice des premiers instants succèdent bientôt des lourdeurs de tête et surtout une torpeur qui les plonge souvent dans un véritable marasme.

Il est évident que les récits des morphinique varient d'après leur milieu social, mais en fin de compte on y trouve toujours une note commune qui est la sensation d'un bien-être, d'une béatitude passagère plus ou moins prononcée. Le lettré racontera qu'il y puise pour travailler un stimulant étonnant, qui l'empêche de ressentir la fatigue. L'ouvrier laissera entendre qu'une piqûre faite au moment propice décuplera ses forces. Dans cet ordre d'idées, nous avons connu un garçon de laboratoire qui a fait de nombreuses victimes dans son entourage : j'ai là, disait-il en montrant une seringue de Pravaz, le moyen d'être toujours solide et dispos. A l'atelier on vante surtout les effets merveilleux de la morphine au point de vue génésique. Nous avons entendu à ce sujet les propos les plus bizarres, et nous pouvons affirmer que chez plusieurs de nos malades, la maladie a cette origine. Rien ne développe autant la puissance génitale, disait-on à un jeune homme observé par nous, lequel se laissa convaincre par cet argument et devint morphinomane.

C'est qu'en effet, il existe un préjugé qui attribue aux injections morphiniques des vertus aphrodisiaques merveilleuses. Ce préjugé a cours dans tous les milieux sociaux, mais surtout dans le monde de la galanterie, où il doit certainement être compté comme un des facteurs étiologiques de la seconde catégorie des plus fréquents. Et cependant il repose sur des données absolument inexactes. Comme l'ont du reste observé

bien des auteurs spéciaux, et en particulier le docteur Jennings qui y insiste d'une façon spéciale [1], et quoi qu'aient prétendu certains médecins, ces injections hypodermiques ne possèdent nullement cette action contre la frigidité. Nos observations personnelles nous permettent même d'affirmer que si dans le début, et ce, pendant un temps très court (quelques semaines au plus) elles stimulent les appétits vénériens, l'effet contraire ne tarde pas à se manifester ; et à une certaine phase de leur affection on observe une véritable frigidité. Ce qui n'empêche pas et n'empêchera pas, en vertu de la force de certains préjugés, bien des personnes de se fier à des récits mensongers, et de toujours se laisser convaincre.

Quoi qu'il en soit, cet apostolat d'un nouveau genre s'exerce malheureusement et sur une assez grande échelle nos observations en font foi. Et on reste surpris quand on voit la proportion relativement énorme de ces cas par rapport aux cas provoqués par la thérapeutique. Dans certains milieux sociaux élevés, comme les médecins, les pharmaciens, l'exemple, la contagion sont réduits au minimum, bien que cependant ce mode étiologique y figure. Mais dans ces classes élevées, les causes, comme nous le disions ailleurs, sont d'un tout autre ordre, quand elles ne sont pas thérapeutiques. Dans les milieux moyens, la proportion augmente. Ces considérations sont du reste bien en rapport avec ce que nous disions quelques pages plus haut à propos des tempéraments solides, qui ne se laissent pas facilement contagionner.

Mais tel n'est pas le cas des natures faibles, à quelque milieu social qu'elles appartiennent. Insuffisamment armées pour la lutte de l'existence, elles n'ont à opposer aucun élément de résistance, aucune force vive aux conseils néfastes qu'on leur adresse. Ces natures faibles se recruteront pour une bonne part parmi ces déséquilibrés de toutes nuances si dif-

[1] Jennings, *De la Morphinamie* (Traitement) *in* Encephale(1887).

féremment étiquetés. Ceux-ci offrent en effet un terrain tout préparé par l'hérédité pour se jeter sur le premier poison venu et pour se rendre aux idées d'autrui, pourvu que ces idées soient parées de brillantes couleurs qui dissimulent un peu leur nocuité. Dans cette classe se rangent tout naturellement les névropathes, les hystériques (nous montrerons plus tard aussi combien le morphinisme fait de victimes parmi les hystériques) qui présentent les conditions de réceptivité requises. — On conçoit que l'exemple, que la contagion, sous la forme décrite plus haut puisse faire des ravages parmi ces tempéraments si mal trempés ; et on s'explique que la loquacité quelquefois brillante et persuasive de certains morphiniques *en puissance*, puisse avoir facilement raison de la volonté faible et chancelante, de l'inertie de ces caractères si peu solides.

On peut ranger dans la catégorie précédente les intoxiqués des classes inférieures, que leur défaut d'instruction rend malheureusement tout aussi désarmés. On conçoit du reste facilement que des gens qui ne connaissent en aucune façon la morphine et ses dangers ne nourrissent contre elle aucune prévention. Ils entendent dire et répéter sur un ton dithyrambique que les propriétés de cet agent sont merveilleuses, ils entendent célébrer hautement ses vertus. Comme d'autre part personne ne leur a jamais appris que la morphine fût un véritable poison, comment pourraient-ils redouter son emploi sous quelque forme que ce soit? Comment supposer un seul instant qu'ils manifestent la moindre crainte à son sujet? Aussi les gens ignorants sont-ils sous ce rapport des victimes toutes désignées.

Il y a quelques années, alors que la passion morphinique n'était pas encore répandue et n'était connue que d'un petit nombre, des savants, des médecins, ou tout au moins des lettrés, elle était, on le sait, le partage exclusif des classes supérieures. Mais actuellement elle a étendu ses ravages même parmi les classes tout à fait inférieures, parmi les ouvriers.

Il n'est donc pas étonnant que ces pratiques soient maintenant un sujet de conversation dans l'atelier même. Quoi d'étonnant alors, que des esprits très portés à la crédulité et à l'engouement par leur manque d'instruction et leur genre d'éducation, ne se laissent convaincre facilement ! Quoi d'étonnant qu'ils se laissent persuader par les belles descriptions des camarades, et ne succombent eux aussi ! Si nous insistons tant sur ce point, c'est que chez plusieurs de nos malades nous avons été à même de constater cette influence néfaste, et qu'il y a là une question pratique très importante touchant à la prophylaxie. Le nombre de ceux qui doivent leur mal à ces confidences d'atelier est, j'en suis persuadé, plus considérable qu'on ne le croit.

Dans cet ordre d'idées, c'est surtout parmi les jeunes ouvrières des grands centres que ce mode de contagion fait des victimes. C'est surtout pour elles que l'atelier est nuisible. Constamment à la recherche de nouveautés, de sensations bizarres et imprévues, on comprend qu'elles soient disposées à prêter une oreille attentive aux récits que des compagnes morphinomanes leur prodiguent sans compter et avec pièces à l'appui. Telle jeune modiste que nous avons soignée et qui absorbait deux grammes de morphine par jour nous racontait que dans son atelier, les seringues de Pravaz et les solutions hypodermiques circulaient du matin au soir. Pour peu que quelques-unes d'entre ces jeunes ouvrières fussent par surcroît d'un tempérament hystérique, c'est-à-dire porté vers tout ce qui est bizarre, il est permis de supposer que les résultats de ces pratiques furent détestables.

Mais il est un autre mode de contagion et non le moins pernicieux sur lequel nous devons maintenant insister pour être complet. C'est la contagion par le livre. Et dans cet ordre d'idée on doit, pour bien établir les responsabilités, établir des catégories.

Il y a d'abord le livre scientifique, le livre dont le but est

honnête, mais qui est acheté par le profane, et qui tombe ainsi dans le domaine public. Car il y a des gens, qui constamment à la recherche de sensations nouvelles sont très au courant de cette littérature spéciale. Ils connaissent très bien les ouvrages qui en traitent et savent où et comment se les procurer. Il nous est arrivé maintes fois, appelé en consultation chez des morphinomanes, de constater combien cette assertion est vraie. Bien des fois nous avons vu sur leurs tables, sur leurs bureaux, des brochures ayant trait à leurs passions. Chez une de nos malades, dont nous rapporterons plus loin l'histoire pathologique, nous fûmes très étonné de trouver, dans une bibliothèque des plus clairsemées du reste, plusieurs monographies de ce genre. Et comme nous lui manifestions notre surprise : « Toutes les fois, nous répondit-elle, qu'il paraissait un livre parlant quelque peu de la question, je me le procurais aussitôt ; mais à présent que je suis guérie, c'est bien fini. » — Cette malade, profondément névropathe, qui tout récemment, d'après nos prévisions, a récidivé du reste, avait contracté ses habitudes morphiniques, en lisant un travail classique et des meilleurs, acheté sur les conseils d'une amie, uniquement parce qu'il traitait de cette passion ! Une autre, femme d'une condition sociale plus élevée, nous demandait naïvement la liste des ouvrages de médecine traitant ce sujet, dont elle sut du reste se procurer un certain nombre malgré nous. Or nous avons appris qu'elle s'était adonnée depuis aux injections de morphine, et qu'elle en absorbait quotidiennement plus de 50 centigrammes. C'est là un fait indéniable, les livres de médecine traitant du vice morphinique peuvent produire et ont produit des cas d'intoxication. Et il y a là de quoi intéresser au point de vue déontologique et professionnel, et nous en reparlerons à ce point de vue dans la troisième partie de notre livre.

Mais, en pareil cas, au moins, en dehors de leur but qui est louable et purement scientifique on peut dire que leurs conclusions, loin d'être encourageantes, sont au contraire très af-

firmatives et très nettes au point de vue de la nocuité de pareilles pratiques. Et puis enfin, ces livres en raison de leur prix élevé, en raison des milieux où on les trouve, etc., tombent plus difficilement dans la circulation que les autres.

Mais nous ne saurions en dire autant des livres d'une autre catégorie, des livres extra-médicaux. C'est de ceux-là que nous voulions surtout parler. Ce sont ceux-là qui sont surtout dangereux ; et d'après les résultats fournis par nos observations, il y a là un facteur étiologique important qui doit attirer l'attention, et même la sollicitude des pouvoirs publics, car il aide au développement de la passion morphinique dans une mesure beaucoup plus large qu'on ne le croit. Et nous pourrions sans difficulté citer des faits nombreux, dans lesquels la seule cause du mal a été la lecture d'un de ces livres auxquels nous faisons allusion en ce moment. Les aveux sortis de la bouche de certains intoxiqués que nous avons connus, nous affermissent dans cette conviction, et ne nous laissent plus malheureusement aucun doute à cet égard. C'est surtout dans une certaine classe de la société, généralement dans les classes moyennes et inférieures, que l'on peut recueillir les confessions de cette nature. L'un d'eux, dont nous donnerons tout à l'heure l'observation très résumée, nous donnait à ce propos dans les révélations qu'il nous faisait, des détails des plus probants.

Parmi ces livres, les uns ne cachent nullement le mobile malsain qu'ils se proposent : flatter l'imagination dans un but exclusivement de lucre, aux risques de faire naître, chez leurs lecteurs, les passions qu'ils décrivent sous les couleurs les plus brillantes, sans dire un mot des dangers que ces passions font courir. Il est inutile d'ajouter que ces descriptions, émanées d'écrivains qui n'ont aucune teinture de médecine, et qui quelquefois n'ont jamais vu un morphinomane, sont très souvent mensongères, ou empreintes pour le moins d'une grande exagération. Mais comme le public auquel ils s'adressent, n'est pas capable d'apprécier la valeur

de leurs assertions, ils obtiennent quelquefois crédit, et certaines personnes se laissent gagner par leurs affirmations.

Le genre d'ouvrages auxquels nous faisons allusion en ce moment sont souvent écrits dans le même but et dans le même esprit que ces petits opuscules, sur le mariage, sur les maladies vénériennes, sur la physiologie de l'amour, etc etc., et autres brochures analogues, écrites à l'usage exclusif des gens du peuple, du public extra-médical. Toutes ces brochures sont toutes faites dans le même but, but facile à comprendre, par des écrivains sans talent, n'ayant aucune compétence des questions qu'ils traitent. De plus elles sont vendues à un prix insignifiant, très modique pour être à la portée des gens qui peuvent seuls les acheter. Car non seulement, les doctrines développées y sont fausses d'un bout à l'autre, mais le style, le choix des expressions en est si pauvre que tout individu un tant soit peu lettré, le rejetterait dès les premières lignes. Je n'aurais pas cru que la passion morphinique, une passion si nouvelle, ait eu les honneurs d'être exposée en pareille compagnie, si je n'avais eu sous les yeux les preuves palpables du contraire. Il existe bien en effet, émanant on ne sait d'où, et signés d'un pseudonyme, et il se publie encore à chaque instant des brochures de cet ordre. Dans ces sortes de manuels *pratiques* on expose les intoxications par la morphine, par l'opium, par le haschich, etc., d'une façon du reste très fantaisiste, avec des détails très circonstanciés, et souvent dangereux, pour les expérimenter soi-même.

Encore cette littérature de bas étage n'est-elle lue que d'un certain public composé pour la plupart d'ouvriers, ou d'individus peu lettrés, ce qui diminue heureusement ses fâcheuses influences. Il est une autre littérature beaucoup plus élevée qui n'a plus les mêmes mobiles, mais qui, en raison même de ses caractères, n'est pas sans présenter à ce point de vue de véritables dangers. Notta, dans son article publié par les *Archives de médecine*, ne fait même allusion qu'à celle-là.

Elle s'adresse à une autre qualité de lecteurs se recrutant pour la plupart parmi les gens du monde. Le nombre des livres auxquels je fais allusion en ce moment s'est multiplié ces dernières années dans des proportions inquiétantes. Je pourrais ici sans utilité en donner la liste qui étonnerait bien des gens. Il va sans dire que cette littérature extra-médical à laquelle je fais allusion, n'a aucun point de comparaison avec les brochurettes dont nous parlions tout à l'heure. Outre le but bien plus louable, les conclusions, le style en sont tout différents, et quelquefois même, elle ne laisse rien à désirer, tant au point de vue de la forme que de la morale. Il est bien entendu que j'entends ici, non seulement les livres qui font de la passion morphinique, le fond de l'intrigue, mais aussi ceux qui en font mention dans le cours du récit. Or certains de ces livres, de ces romans, ont eu, comme *Noris* un légitime retentissement[1]. D'autres, comme la *comtesse Morphine* sont, au point de vue scientifique, un tissu d'erreurs. Mais presque tous donnent à leurs développements plus ou moins exacts, un certain attrait de forme qui, précisément à notre point de vue, peut présenter des inconvénients sérieux. Ceux qui lisent ces livres ne sont pas tous prémunis contre les dangers des poisons dont il s'agit. Plus souvent encore, d'un tempérament plus ou moins prédisposé, plus ou moins solide, ils sont très portés à se laisser séduire par le charme des descriptions. Sans parler des déséquilibrés de tous les degrés, des femmes à tendance hystériforme, que leur appétit maladif tient sans cesse en haleine, pousse constamment à la découverte de nouvelles sensations non encore perçues, et qui cherchent dans ces récits la possibilité de réaliser leurs rêves. Il y a encore les gens inactifs, les gens oisifs, que leur oisiveté même pousse à lire ces ouvrages, et que l'inaction peu pousser au morphinisme, comme elle pousse au jeu, à l'alcoolisme, etc. Il y a

[1] Claretie.

enfin les femmes du demi-monde, et nous devons à la vérité de dire que c'est surtout dans cette catégorie de lecteurs que nous avons observé l'influence pernicieuse de cette littérature. Nous donnons, quelques lignes plus bas, l'observation d'une malade que nous avons soignée il y a plusieurs semaines et chez qui la lecture d'un roman n'avait pas peu contribué à faire naître le goût pour la morphine.

Nous n'avons plus pour terminer notre chapitre d'étiologie qu'à rapporter quelques observations venant appuyer les faits énoncés plus haut. Selon notre habitude, nous ne les donnerons que très résumées, et simplement à titre de documents statistiques :

Mme X... a 35 ans. — Père mort aliéné, mère hystérique. Notre malade elle-même a présenté à plusieurs reprises des phénomènes hystériformes. Elle offrait donc un terrain tout préparé aux intoxications et au *morphinisme* en particulier. Mme X... était en outre d'un tempérament romanesque et d'un caractère byzarre ; elle avait essayé pour la première fois de la morphine, *pour calmer ses nerfs*, nous disait-elle, sans aucune consultation médicale, de sa propre initiative, après avoir lu des descriptions dans lesquelles elle avait entendu vanter les vertus de la morphine. Naturellement, l'usage chez une prédisposée de cette catégorie n'avait pas tardé à amener l'abus, et au bout d'un an, après des fluctuations sans importance que l'on retrouve toujours, la morphinomanie était déclarée, et Mme X... prenait un gramme de morphine par jour.

Loin d'essayer de se guérir, cette morphinomane faisait autour d'elle une véritable propagande, vantant bien haut les bienfaits de son stimulant. Nous avons connu trois personnes de son entourage qui lui devaient leurs habitudes morphiniques, entre autres sa domestique qui fut du reste guérie par la suppression progressive. Quant à Mme X. après deux tentatives de guérison, elle recommença une troisième fois, et en raison de ses prédispositions naturelles, il est à supposer qu'elle n'est pas encore guérie.

L'observation suivante montre d'une façon plus complète encore les effets pernicieux de l'exemple.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans exerçant la profession de modiste. Comme la précédente, elle a de qui tenir dans ses ascendants. Son père était épileptique, sa mère hystérique. Elle a même eu des attaques d'hystérie. On lui fit pour la première fois des piqûres de morphine, pour la soulager de douleurs internes. Le médecin les avait faites lui-même et selon les règles commandées par la prudence. Mais quelques semaines après sa guérison, souffrant d'un très léger mal de tête, et sans aucune prescription médicale, poussée plutôt par la curiosité, elle se pratiqua elle-même des injections hypodermiques. Elle recommença les jours suivants, et au bout d'un mois l'*état de besoin* était venu et la morphinomanie établie. La dose, à ce moment de 20 centigrammes, était vite arrivée à 1 *gramme*, et quand nous fûmes appelé à la soigner pour des *abcès* à la cuisse, elle était arrivée, après un an de pratique, à 1 *gramme et demi*. Nous dûmes ici renoncer à toute tentative de traitement, en raison de ses supercheries répétées.

Jusqu'ici rien que de bien banal, aussi n'aurions-nous pas donné cette observation si la malade qui en fait l'objet, ne s'était pas elle aussi livrée à un véritable prosélytisme autour d'elle. A l'atelier où elle travaillait, loin de cacher comme le font certains intoxiqués d'origine thérapeutique, ses pratiques morphiniques, en sa qualité d'hystérique, elle s'en faisait au contraire un titre de gloire, et essayait de convertir ses camarades à ses idées. Il est bien probable que dans ce milieu tout spécial de jeunes ouvrières elle ait réussi à faire des victimes, mais nous ne pouvons pas l'affirmer. Ce que nous pouvons au contraire assurer c'est que, à l'exemple d'une autre jeune morphinique dont nous relaterons plus loin l'histoire des plus intéressantes, elle rendit par son exemple deux de ses sœurs morphinomanes. Ces dernières, elles aussi, avaient des tendances hystériformes. Je ne sache

pas qu'elles aient à leur tour fait des élèves, mais étant donné qu'on a affaire à des hystériques, on est autorisé à redouter cette hypothèse.

Et alors, on peut juger par cette observation, combien une seule morphinomane placée dans certaines conditions pathologiques, peut produire de ravages autour d'elle ! Le mal fait en quelque sorte *boule de neige*, et lorsqu'on peut suivre, comme ici, pour ainsi dire à la piste, tous les effets d'une première intoxication, on reste étonné et péniblement surpris des résultats déplorables engendrés par la contagion.

Comme on le voit, l'exemple, chez quelques morphinomanes peut provoquer de véritables malheurs, lorsqu'on voit des intoxiqués employer tous leurs loisirs à trouver des imitateurs. Tous fort heureusement, même au début, n'agissent pas de la sorte, et nous avons même insisté sur ce point, très bien mis en lumière par Zambacco, que quelques-uns cachent leurs pratiques morphiniques comme ils cacheraient un vice infamant. Mais à côté de ces derniers, d'autres malades, au grand détriment de tout leur entourage, font autour d'eux une véritable croisade. Nous pourrions citer encore bien des exemples curieux de ce phénomène auquel il est difficile de trouver une explication qui rende compte de tous les cas. Tous les spécialistes, ont connu à Paris, l'histoire de cette morphinomane qui faisait autour d'elle un véritable apostolat en son genre : Non contente de gagner à sa cause sa domestique, elle avait été jusqu'à morphiniser son chien. Je pourrais, à l'appui de cette opinion, avancer plusieurs faits qui ne le cèdent en rien à celui-là. Je me contenterai de rapporter ici une observation qui résume pour ainsi dire tous les cas analogues.

M. X... (42 ans), avait d'abord exercé la profession d'artiste. Puis peu à peu faute de pouvoir trouver d'engagement, avait abandonné cette profession, et vivait pour ainsi

dire au jour le jour des occupations qu'on voulait bien lui donner. Ici aussi on trouve une hérédité très chargée : son père était mort dans une maison de santé, et lui-même avait dû être placé à deux reprises dans un asile d'aliénés pour des accès de manie. En 1887 pour des douleurs névralgiques insignifiantes il se pratiqua de lui-même des injections sous-cutanées. Avec ses prédispositions héréditaires, il arriva vite à augmenter les doses : la maladie était réellement constituée au bout d'un mois. A l'époque où nous écrivons ces lignes, c'est-à-dire deux ans après la première piqûre, il était arrivé à la dose de *deux grammes*, sans songer un seul instant à mettre un terme à des pratiques dont il ne comprenait pas le danger.

Mais, lui aussi ne se contentait pas de se morphiniser. Dans le milieu spécial où il vivait, il avait fait nombre de victimes. Il s'était formé autour de lui une véritable école, à qui il avait communiqué son exemple. Ses imitateurs se réunissaient chez lui d'abord pour trouver les éléments nécessaire à leur passion, et surtout pour aviser au moyen de se procurer le poison tant recherché. C'est chez lui qu'on fabriquait les fausses ordonnances, c'est à lui qu'on demandait des conseils, quand tel pharmacien refusait de donner de la morphine. Sa demeure était ainsi devenue le rendez-vous de plusieurs de ses amis, devenus à la longue morphinomanes comme lui. Or, dans les conversations que nous avons eues avec lui, quoique avec beaucoup de peine, nous sommes parvenu à obtenir quelques révélations et à apprendre qu'il avait rendu *sept* ou *huit* de ses amis morphinomanes. Il va sans dire qu'il était loin d'apprécier toute l'étendue du mal qu'il leur avait fait. Dans son esprit, on sentait qu'il assimilait la morphinisation à une pratique toute simple, comme l'habitude de fumer par exemple, qui tuait le temps beaucoup plus agréablement, et dont on se débarrasserait tout aussi facilement. Il se comparaît volontiers, lui et ses amis, à ces groupes d'individus qui, en Orient, se réunissent dans cer-

tains locaux appropriés pour fumer (thériaqui) ou même manger (opiophages) l'opium. Et cependant l'événement justifia nos craintes. Au bout de quelques semaines le *morphinisme* était bien réellement déclaré chez tous ces thériaqui d'un nouveau genre, avec tout son cortège de symptômes physiques et sensoriels. Nous eûmes même la bonne fortune de pouvoir obtenir de quelques-uns d'entre eux, certaines révélations sur lesquelles nous reviendrons dans la suite et qui montrent jusqu'à quel point les morphinomanes tiennent à faire école. Le traitement fut du reste assez heureux, et en quelques jours, on put regarder leur guérison comme certaine. Inutile d'ajouter que chez X..., il n'en fut pas ainsi, et que toute tentative de suppression avorta, en raison de ses prédispositions héréditaires. Mais au moins, ses amis suffisamment éclairés sur les dangers qu'ils couraient à le fréquenter, rompirent toute relation avec lui. Ajoutons que ces morphinomanes ne rentrent pas dans notre statistique.

Nous en resterons là. Les trois observations que nous avons données, et surtout la dernière, montrent suffisamment, contre l'assertion de certains auteurs, que l'exemple est une des causes les plus fréquentes de morphinisme *passionnel*.

Nous demanderons maintenant à nos lecteurs la permission d'appuyer par quelques observations très résumées, la seconde partie de notre chapitre d'étiologie, sur l'influence pernicieuse de certains livres. La première que nous donnons dans cette série de faits à trait à une femme dont nous avons parlé incidemment plus haut et qui nous est un témoignage de ce que nous avançons :

Jeanne X... est une femme de 21 ans. D'un tempérament très nerveux, elle a eu de fréquentes attaques de nerfs, dont il nous a été difficile de reconnaître le caractère précis sur les seules indications de la malade très peu intelligente du reste. Fille naturelle, elle n'a jamais connu ses parents. Abandonnée à elle-même, elle se livra très jeune à

la débauche. Dans ses loisirs Jeanne n'avait qu'une occupation, la lecture des romans, feuilletons, et, c'est en lisant un livre, dont naturellement nous ne donnerons pas le titre ici, qu'elle prit la résolution d'imiter les pratiques dont la description avait séduit son imagination crédule. Et, détail que nous notons expressément pour bien montrer l'influence pernicieuse dont nous parlons, elle ne connaissait en aucune façon, pas même de nom, le vice morphinique dont elle lisait les effets pour la première fois. Ce qui ne l'empêcha pas d'essayer, elle aussi, ces pratiques, voulant faire un simple essai. La première piqûre fut naturellement suivie d'une seconde, et ce que l'on pouvait prévoir de la part d'une nature aussi déséquilibrée ne tarda pas à se réaliser. Au bout d'un mois, les piqûres qui n'étaient au début qu'un simple objet de curiosité, avaient provoqué *l'état de besoin,* et étaient devenues une véritable nécessité : Partie de 1 centigramme, Jeanne X... était arrivée à absorber journellement des doses considérables de morphine.

Et c'est à la dose de deux grammes qu'il nous fut donné de l'observer, lorsque les hasards de sa vie aventureuse l'amenèrent au Dépôt de la Préfecture. Selon les règlements, à son entrée, elle avait été *fouillée* et on l'avait privée du même coup de tout son arsenal. Transportée à l'infirmerie pour des troubles gastro-intestinaux graves, diarrhée et vomissements, etc., nous fûmes appelé en toute hâte, pour la soigner. Il ne nous fut pas difficile, avec les renseignements qu'elle nous fournit de découvrir la cause du mal : la privation de morphine, et, en quelques minutes, une piqûre ramena tout dans l'ordre.

C'est alors que Jeanne X..., nous raconta les origines de sa passion pour la morphine. Elle ajouta même qu'elle avait rendu un de ses amants morphinomane comme elle. Soumis malgré elle au traitement par la suppression progressive, elle quitta l'infirmerie du Dépôt pour Saint-Lazare, complètement guérie. Nous l'avons perdue de vue depuis cette époque. Mais, étant donné ses prédispositions héréditaires et son genre de vie, il y a tout lieu de craindre qu'elle ait récidivé.

L'observation suivante, quoique ayant trait à une femme du meilleur monde, rentre dans le cadre que nous nous

sommes tracé, et nous la donnons à ce titre. Nous regrettons seulement qu'en raison de la situation de cette malade, notre cliente, d'ailleurs, nous n'ayons pu obtenir quelques renseignements que nous aurions désirés.

Mme X... est une femme de trente ans. Aucun renseignement sur son hérédité. Elle ne paraît pas nerveuse et même, à l'encontre de la grande majorité de nos autres malades, elle paraît assez bien pondérée. Aucune maladie dans l'enfance. Mariée de très bonne heure à un artiste de grande valeur, elle vécut de la vie d'artiste, consacrant ses nombreux loisirs à la lecture. Par malheur, il lui tomba entre les mains un des livres auxquels nous faisions allusion plus haut. Chez une nature aussi froide que la sienne, cela aurait bien pu n'avoir aucune mauvaise influence sur ses déterminations, mais le hasard voulut qu'à ce moment, son médecin consulté pour une pleurodynie légère, lui pratiqua deux ou trois injections de morphine. Elle y revint d'elle-même les jours suivants, plutôt poussée par la curiosité que par un besoin réel. L'inaction, cet autre facteur étiologique sur lequel nous avons insisté et dont il faut aussi tenir compte au moins dans une certaine mesure, fit le reste. Et insensiblement, sans s'en douter elle-même, elle arriva à l'état de besoin : la morphinomanie était constituée. Mais le point étiologique sur lequel nous voulons appuyer ici c'est que, d'après la conviction intime de la malade elle-même, sans la lecture à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure, sa curiosité n'aurait pas été piquée, et après le traitement de son médecin, elle ne serait pas revenue aux injections hypodermiques.

Mais ce n'est pas tout et la contagion ne s'arrêta pas là. Son mari, après des hésitations sur lesquelles nous n'insistons pas, devint morphinomane à son tour, et arriva à absorber *deux* grammes de poison au bout de quelques mois. Mais doué d'une énergie rare, il montra alors un courage que nous n'hésitons pas à appeler surhumain, et, après avoir

montré beaucoup de faiblesse en cédant à l'exemple de sa femme, il montra pour guérir un courage extraordinaire. Car, parmi les nombreux morphinomanes que nous avons observés, *il est le seul qui se soit guéri brusquement et sans le secours d'aucun médecin.* Nous avons bien connu, quoique *en très petit nombre*, des intoxiqués de longue date qui se sont guéris *progressivement*, à domicile, et avec des secours médicaux. Mais ils *s'isolaient* d'eux-mêmes pour ainsi dire, et dans tous les cas, aucun d'eux n'a songé à se sevrer brusquement. Ces faits de guérison progressive à domicile sont même si exceptionnels, qu'un spécialiste autorisé, M. Marandon de Montyel avait même pu écrire, à propos d'un malade qu'il avait guéri chez lui, *sans l'interner*, qu'un pareil résultat était *unique,* dans les fastes de la médecine[1]. Dans une brochure publiée vers la même époque, nous faisions, nous aussi, les mêmes réserves[2]. Mais depuis trois ans, notre opinion s'est modifiée et nous avons pu en recueillir de très rares exemples.

Quoi qu'il en soit, le mari de Mme X... est le seul malade que nous ayons observé (et nous n'en connaissons pas dans les auteurs d'observations), qui se soit guéri brusquement de lui-même d'une *véritable* intoxication morphinique[3]. Il le fit même dans des conditions particulières qui méritent d'être rapportées : M. X..., forcé pour ses intérêts de faire un long voyage dans une ville du midi, prit la résolution extrême, que nous proscrivons du reste *absolument,* d'en profiter pour ne plus prendre de morphine. Il laisse tout son arsenal à Paris avant de s'embarquer et de prendre le train. Ce que l'on pouvait prévoir se réalisa, et, à son arrivée à destination, il fut pris des symptômes de l'abstinence morphinique, à

[1] Marandon de Montyel. — *Ann. medic. psychol.*, 1885.

[2] G. Pichon. *La Morphinomanie et son traitement*, 1886.

[3] Nous ne parlons pas, bien entendu, des suppressions brusques très connues, dans le cas où la dose ne dépasse pas quelques centigrammes.

un degré très violent. Vomissements, diarrhée, rachialgie, sueurs profuses, hypothermie, frissons, rien ne manqua chez lui, et tous ces phénomènes acquirent même une telle intensité qu'on dut le transporter immédiatement dans un cabinet de l'hôpital. Là, il fut pendant vingt-quatre heures dans un état très voisin du collapsus, sans avoir la faiblesse de demander le stimulant dont la privation menaçait son existence. Enfin, après des souffrances indicibles, sa robuste constitution prit le dessus et il revint rapidement à la santé jurant bien qu'on ne l'y reprendrait plus.

Quant à sa femme, après des tentatives inutiles de suppression, elle n'a jamais pu se guérir. Et au moment où nous écrivons, il y a six ans qu'elle prend quotidiennement un gramme et demi à deux grammes de morphine. Des accidents de toutes sortes sont venus compliquer son intoxication, sans qu'elle ait trouvé la force d'entreprendre une cure sérieuse. Parmi ces accidents, nous devons surtout signaler des abcès multiples des avant-bras, dont un surtout, ce qui est rare du reste, prit les proportions d'un véritable phlegmon qui s'étendit au bras et ne laissa pas d'inquiéter beaucoup son médecin. Malgré tout cela et malgré son vif désir de cesser ses piqûres, se rappelant les souffrances de son mari, elle n'a pas pu encore se décider *sérieusement* à un traitement progressif que nous lui conseillions.

L'observation suivante que nous donnons très résumée parce qu'elle reviendra plus tard, a trait à un autre ordre d'idées. Parmi les nombreuses causes de morphinisme vrai, un des facteurs étiologiques les plus importants, comme nous l'établissons plus haut, c'est sans contredit l'emploi pendant un certain temps de la morphine comme *stimulant*. Parmi ceux qui ont recours à cet alcaloïde considéré comme excitant, et qu'on peut appeler des morphinisés, il y en a qui ont l'énergie nécessaire pour ne pas en abuser, mais nous avons montré a ce sujet, combien il est prudent de ne pas jouer avec le feu.

C'est ce que l'histoire pathologique suivante montre clairement.

X..., turc d'origine, est âgé de 27 ans, étudiant en médecine. Très affecté par la mort de son père, et connaissant les effets enivrants de la morphine, en sa double qualité de médecin et de musulman, il ne sut pas montrer l'énergie nécessaire et y chercha une consolation. X... n'avait d'abord cherché dans la morphine qu'un appui, qu'un agent enivrant qui pût lui faire oublier son propre chagrin, que des consolations que d'autres, en pareil cas, vont puiser dans l'alcool. Puis il y revint, jusqu'à ce qu'enfin l'usage trop longtemps continué amenât l'*état de besoin*, c'est-à-dire le morphinisme.

Très lié d'amitié avec un de ses compatriotes, il le rendit morphinique comme lui sous l'influence des mêmes causes.

Ayant subi des échecs à leurs examens, ils augmentèrent la dose, en vertu toujours des mêmes considérations, pour y trouver des consolations, pour oublier leurs chagrins.

Tous les deux étaient ainsi arrivés à une dose minimum de 1 gramme, lorsqu'ils vinrent nous trouver pour être admis à l'asile Sainte-Anne et y subir le sevrage lent. — Tous deux guérirent une première fois, et *récidivèrent*, très vraisemblablement à cause même de leurs relations. Nous avions même prévu cette rechute, les prévenant charitablement que leurs rapports quotidiens étaient pour eux une menace perpétuelle. Mais tout fut inutile. Nous avons revu X... qui à la suite d'un nouvel échec à un examen de doctorat, est arrivé à dépasser la dose de deux grammes d'injections quotidiennes.

Nous nous arrêtons là, ayant l'intention de revenir dans le courant de notre livre sur l'observation de ces deux morphinomanes, intéresssante à d'autres titres et surtout au point de vue du traitement. — Ce que nous en avons dit, suffit à prouver le danger qu'il y a à user de la morphine à titre de stimulant, et d'autre part montre ainsi suffisamment chez deux amis intimes l'influence détestable de l'exemple.

Nous n'allons pas plus loin. Nous pourrions rappeler bien

des observations du même genre, montrant chez des amis, chez des époux surtout, etc. les effets désastreux de la contagion. Nous pourrions aussi dans le même ordre d'idées citer d'autres faits, attestant combien il est périlleux pour quelques natures de s'adonner à une certaine littérature malsaine et pernicieuse ou tout au moins dangereuse pour des prédisposés ; mais ce serait répéter inutilement les mêmes détails, voire les mêmes conclusions, étant donné que dans les chapitres qui vont suivre, nous aurons souvent occasion de revenir incidemment sur des cas de cette espèce. Et puis enfin, nous avons promis d'être très bref en fait d'observations, de n'en donner que le strict nécessaire, ne voyant pas l'utilité qu'il y a à multiplier des faits se ressemblant tous. D'autant que actuellement, les cas de morphinisme n'ont plus la rareté d'autrefois, et qu'en donnant tous ceux que nous avons recueillis nous doublerions sans profit l'étendue de notre livre.

Nous avons tenu compte dans notre statistique de tous ces faits, mais nous n'avons tenu à publier que les cas types ou ceux qui nous avaient le plus frappé. Les observations auxquelles nous faisions allusion faisaient toutes partie de notre travail, alors que nous l'avions présenté comme *mémoire* à l'Académie, alors qu'il s'agissait d'une *thèse* à soutenir par le plus grand nombre de preuves à l'appui. Mais ce n'est plus notre but, comme nous le disions dans notre introduction. Nous faisons d'un mémoire un *livre*, ce qui n'est plus tout à fait la même chose. — Et c'est ainsi que nous procéderons dans les chapitres suivants.

Nous faisons cet aveu pour bien témoigner de l'importance pratique et de la fréquence de tous les facteurs étiologiques que nous avons mentionnés.

CHAPITRE II

SYMPTÔMES DU MORPHINISME

§ 1. — Troubles psycho-sensoriels. — Illusions, Hallucinations, Impulsions, Conceptions délirantes, etc.

Comme nous l'avons dit dans notre introduction nous n'avons pas la prétention de passer ici en revue toute la symptomatologie du morphinisme chronique. Cette étude, avons-nous fait remarquer, laisse bien peu à désirer après tous les travaux parus en Allemagne et en France. Aussi ne nous appesantirons-nous ici que sur certains symptômes qui nous ont paru dans nos observations présenter plus d'intérêt.

a. Illusions, hallucinations. — Sans entrer dès à présent dans le cœur du sujet, il y a une question que nous tenons à aborder ici, c'est de savoir si oui ou non, il existe des hallucinations, des illusions de la vue, en d'autres termes, il s'agit de savoir si on a trouvé dans le morphinisme un état délirant, un cortège de conceptions délirantes suffisant, pour justifier le nom de psychose, de folie, donné par la plupart des psychiatres français à l'intoxication morphinique, et le nom de « *Morphium-sucht* » donné à la même affection par les Allemands. — Nous devons même ici faire remarquer que le premier auteur qui lui ait donné cette dénomination, Lœhr[1], s'est précisément basé sur la présence

[1] Lœhr. (*Ueber Misbraucht mit Morphium Injectionen*. — Déjà cité.

constatée par lui de troubles psycho-sensoriels. C'est là un point d'historique que nous n'hésitons pas à affirmer de nouveau, et il résulte des recherches auxquelles nous nous sommes livré à propos de ce point très contesté, que nous n'hésitons pas à nous ranger à l'avis d'Erlenmeyer [1] contrairement à l'opinion de certains auteurs qui l'attribuent soit à Levinstein, soit à d'autres psychiatres français. Lœhr, dès 1871, c'est-à-dire à une époque où on ne connaissait pas encore en France le vice morphinique avait donc déjà signalé non seulement la morphinomanie (sucht), mais la présence dans la nouvelle affection d'illusions, d'hallucination. Il allait même plus loin, il donnait déjà à ces phénomènes psycho-sensoriels, les caractères spéciaux (terrifiants, etc.), que Lancereaux mit plus tard si bien en lumière dans ses cliniques de la Pitié, mais qu'il ne découvrit pas. Car c'est Lœhr qui les remarqua pour la première fois, les assimilant alors avec ceux de l'alcoolisme (*Vergleick mit dem alcoolismus*) on ne pouvait pas mieux spécifier leur nature, comme nous le verrons plus tard.

L'auteur, qui après Lœhr parle des hallucinations, est l'allemand Fiedler [2], en 1874. Les travaux de Levinstein, de Leidesdorf, d'Erlenmeyer en Allemagne, sur le point précis qui nous occupe, de Lancereaux, de Zamchacco, du professeur Ball, ne viennent qu'après. — Nous n'avons pas la prétention du reste de donner la liste complète de tous les auteurs spéciaux qui ont signalé la présence des hallucinations dans l'intoxication morphinique, cette liste serait trop longue et sans intérêt pour le lecteur. Nous avons simplement tenu à rétablir un point d'historique contesté.

En effet, on ne peut se le dissimuler, cette question des hallucinations présente un grand intérêt non seulement au point de vue symptomatologique qui nous regarde surtout

[1] Erlenmeyer (*Loc. cit.*)
[2] Fiedler (*Deutsch Zeitschr. f. prakt. Mediçin*, 1874, 27 (4/7).

ici, mais aussi en ce qui concerne la définition, la notion, l'existence même de la morphinomanie. Car il faut bien le dire, si la présence de ces phénomènes psycho-sensoriels est réelle, il y a là un argument sérieux en faveur de l'opinion qui fait ranger l'intoxication morphinique parmi les psychoses. Ce qui revient à dire que l'appellation de morphinomanie serait alors absolument légitime. — Toute cette longue discussion qui dure depuis plus de dix ans, et qui roule sur la question de savoir si l'affection qui nous occupe doit ou non être rangée parmi les différentes formes de folie, peut ainsi, selon nous, être réduite à ces simples termes.

Mais malheureusement, même sur ce point très simple, les opinions sont loin d'être unanimes. Nous avons cité plus haut le nom autorisé des spécialistes qui admettent la présence des hallucinations et des illusions. Monsieur le Professeur Ball, dans son enseignement officiel que nous avons suivi pendant deux ans comme chef de clinique, est très affirmatif sur ce point de doctrine. Le savant professeur de médecine mentale à la Faculté de Paris a cité devant nous, à plusieurs reprises, dans ses leçons sur la morphinomanie, qui font autorité en la matière, des exemples très nets d'intoxication ayant des hallucinations et des illusions des divers sens et c'est surtout sur ce fait qu'il s'appuie pour préférer la dénomination de *morphinomanie*, à toutes les autres. Il insiste même, comme Lœhr sur leurs analogies avec les troubles psycho-sensoriels d'origine alcoolique. Et nous pourrions multiplier le nom des autres psychiatres français qui se sont fait les partisans de cette opinion, qui compte nous devons le dire, beaucoup d'adeptes.

Mais à côté des auteurs qui défendent cette manière de voir, il y a le camp diamétralement opposé des spécialistes qui, en s'appuyant également sur des faits cliniques, rejettent la présence des hallucinations dans le morphinisme, et pour cette raison, n'admettent que cette dernière appellation pour désigner l'intoxication par la morphine. Ceux qui se ral-

lient à cette opinion, peut-être moins nombreux que les précédents, comptent dans leurs rangs des spécialistes éga-ment autorisés tant en France qu'en Allemagne, et qui n'ont rien abandonné de leurs affirmations.

Pour ces derniers, l'intoxication morphinique est surtout une affection physique caractérisée par un assemblage de symptômes somatiques auxquels s'ajoutent en petit nombre quelques symptômes d'ordre intellectuel. Après une intoxication de longue date il peut bien se manifester un certain affaiblissement intellectuel, quelques troubles dans les facultés mentales en un mot, mais c'est tout. On peut bien y rencontrer les phénomènes d'ordre démentiel (si l'on veut préciser davantage), que l'on trouve dans certaines maladies purement physiques et que l'on a toujours classé parmi les maladies ordinaires, et éliminé du cadre nosologique mental comme les hempilégies, etc., mais on n'y trouvera jamais ce qui fait vraiment les psychopathies, c'est-à-dire les symptômes *psycho-sensoriels*. Le morphinique, à un moment donné, après de longues pratiques, peut manifester un abaissement plus ou moins grand du niveau mental, soit dans l'ordre intellectuel ou moral, ce qui n'est contesté par personne ; mais en aucun cas ses abus ne provoqueront l'apparition d'hallucinations, de délire en un mot. La comparaison avec l'alcoolisme sur laquelle s'appuyent les partisans de la première opinion, serait donc illégitime pour les défenseurs de cette théorie. C'est même ce fait négatif, cette absence d'hallucinations et de troubles psychiques, que M. Magnan, de Sainte-Anne, met en avant pour refuser à l'affection morphinique le nom de morphinomanie, qu'il ne repousse pas cependant, mais qu'il réserve, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, pour des cas tout à fait particuliers. Et cependant disons-le incidemment, plusieurs des spécialistes autorisés qui soutiennent cette hypothèse, admettent la présence des hallucinations dans d'autres affections toxiques de même nature, dans la cocaïnomanie par exemple.

Nous nous trouvons, en résumé, en face de deux doctrines l'une qui affirme la présence des hallucinations dans le morphinisme, l'autre qui les nie formellement.

Il ne nous appartenait pas de discuter ces deux théories et de venir apporter une opinion formelle dans le débat. Nous avons tenu simplement à exposer brièvement ces deux opinions.

Mais en raison de l'importance doctrinaire considérable de la question, nous avons voulu exposer ici sommairement tous les élémentsde la question, car c'est sur elle que l'on a appuyé tous les arguments se rapportant à la nature même de la maladie.

Et c'est pour toutes ces considérations que nous aussi sans toutefois avoir l'intention d'entrer dans le fond de la discussion, nous avons recherché dans nos observations et soigneusement analysé aussi bien les faits négatifs que les faits affirmatifs.

Or, après les avoir commentés (et le lecteur pourra se rendre compte de ce que nous avançons, en parcourant à la fin de ce chapitre le résumé de quelques-unes de ces observations prises parmi les plus saillantes), après avoir longuement pesé les uns et les autres, nous sommes arrivé à cette conclusion en quelque sorte éclectique, à savoir que la vérité se trouve aussi bien dans le premier camp que dans le second.

En d'autres termes, il résulte des recherches cliniques que nous avons faites et qui portent sur plus de cent observations que les hallucinations des divers sens se rencontrent dans le morphinisme. Des mêmes recherches, il résulte également que dans bon nombre de cas il nous a été impossible de trouver aucune trace de troubles psycho-sensoriels.

Que conclure de ces faits en apparence contradictoires. Faut-il en inférer que les partisans des deux théories opposées pèchent également par exagération ?

Et faut-il, en dernière analyse, arriver à cette conclusion qui paraît ressortir de notre discussion, que la vérité se

trouve dans une opinion moyenne, et que les deux ordres de faits avancés plus haut sont inexacts et en opposition avec l'observation clinique ?

Eh bien ! nous ne le pensons pas. Et nous croyons au contraire qu'il y a là simplement dans les deux camps non une erreur de fait, mais une erreur d'interprétation, et que les dissentiments entre les deux écoles sont plus apparents que réels. Cette assertion mérite quelque explication.

Ce qui, pour nous, a causé la confusion, c'est qu'on ne s'est pas assez étendu sur la nature des hallucinations, c'est que surtout on ne s'est pas assez appesanti sur leurs caractères et leur époque d'apparition qu'on n'a pas assez étudiée.

Nous croyons que tout le différend rentre dans ce dernier point :

Dans le langage courant de la nomenclature mentale, il est d'usage de regarder comme hallucinations, certains rêves, certains cauchemars nocturnes survenant pendant le sommeil. Pendant qu'au contraire, d'autres spécialistes, respectueux par-dessus tout de la terminologie scientifique en cours, n'admettent pas en clinique cette assimilation que la physiologie cependant autorise pleinement. De là, croyons-nous, toute la confusion.

En effet, dans certaines observations de morphinisme, les troubles sensoriels se manifestent par des phénomènes de cet ordre, et qu'il est impossible de nier. En pareil cas, ce qu'on observe le plus souvent, c'est un ensemble de symptômes nocturnes, ressemblant à s'y méprendre aux *crises nocturnes* d'une intoxication qui offre avec l'intoxication morphinique une grande analogie sous beaucoup de rapport, l'alcoolisme. Mêmes rêvasseries, mêmes cauchemars terrifiants, etc.

Or, non seulement beaucoup de nos malades ont présenté ces troubles nocturnes à un très haut degré et d'une façon indiscutable ; mais, étant donné le but de nos recherches, nous avons naturellement été porté à commenter les observations des médecins qui repoussent la présence des halluci-

nations dans l'affection qui nous occupe. — Nous n'avons pas été peu surpris de voir que ceux-là même qui insistaient le plus sur les crises nocturnes des morphiniques, étaient précisément quelquefois les défenseurs les plus acharnés de l'opinion qui repousse la présence des hallucinations dans cette intoxication. Seulement il n'y a pas selon eux de véritables hallucinations, c'est-à-dire de *visions à l'état de veille*. — Nous pourrions citer, si nous ne craignions pas d'étendre trop le débat, quelques observations prises dans certains auteurs spéciaux, et qui sont très explicites à ce point de vue.

Eh bien ! que tout le monde s'entende sur la signification, sur l'extension à donner à l'appellation *hallucination*, et l'on verra que les deux opinions de tout à l'heure ne sont pas loin de se concilier! Si l'on songe surtout que la plupart des auteurs qui ont décrit dans la morphinomanie des troubles psycho-sensoriels, n'ont pas voulu décrire autre chose que ces *crises* si caractéristiques, le différend est bien prêt de disparaître.

Voilà donc un point de doctrine qui nous a paru acquis, et dont rendent compte non seulement les nombreux faits cliniques observés par nous, mais aussi ceux, en apparence contradictoires, pris dans les auteurs : Il y a bien réellement des hallucinations dans l'intoxication morphinique, avec cette réserve que l'on doit alors étendre la signification vraie de ce mot, et y faire rentrer les phénomènes décrits sous le nom de *crises nocturnes* (cauchemars, rêves terrifiants, etc.). Ainsi comprise, la présence des troubles de cet ordre est une réalité clinique indéniable.

Reste à savoir maintenant, s'il y a dans le morphinisme des *hallucinations*, au sens rigoureux du mot, comparable par exemple aux hallucinations de la *veille* chez les alcooliques subaigus. Et c'est dans ce sens restreint, nous devons l'avouer, que l'ont compris quelques-uns des auteurs dont nous parlions tout à l'heure.

Nous avons dû à ce sujet faire de nouvelles recherches et analyser nos observations avec beaucoup de soin, car il importe de faire remarquer qu'il est souvent difficile de découvrir chez un malade la présence d'hallucinations. C'est un symptôme dont le plus grand nombre rendent compte d'une façon inexacte. Mais fort heureusement nous avons eu ici la bonne fortune d'obtenir des renseignements précis de morphinomanes instruits dont quelques-uns même étaient médecins. Nous avons donc pu obtenir dans cet ordre d'idées des aveux précieux.

Il y avait donc pour nous deux ordres de phénomènes sensoriels, non seulement à rechercher, mais pour être complet, à comparer, dans une sorte de tableau statistique : les hallucinations vraies et les hallucinations nocturnes, plus justement nommées *crises*. Nous n'avons plus à nous occuper que des premiers.

Or, nous aussi, nous avions cru et nous avions écrit en 1886, que les véritables hallucinations, n'existaient pas dans le morphinisme [1], et en exprimant cette opinion, nous nous basions sur un nombre respectable d'observations. Nous pensions alors que les véritables troubles psycho-sensoriels n'existaient pas dans le morphinisme chronique, et n'avaient été constatés que dans l'intoxication aiguë par la morphine ; et les quelques faits rapportés par nous à ce propos nous paraissaient très probants.

Mais depuis cette époque, trois longues années se sont écoulées, et pendant ce laps de temps bien des morphinomanes se sont présentés à nous, et nous avons dû devant la réalité des faits, modifier quelque peu notre première opinion.

En effet parmi les nombreux intoxiqués qu'il nous a été donné d'étudier, la plupart, la presque unanimité même n'ont jamais présenté de véritables hallucinations *morphi-*

[1] G. Pichon, 1886, *loc. cit.*

niques. Nous soulignons ici avec intention le mot morphinique, pour bien insister en pareil cas sur leur origine et pour y revenir tout à l'heure. Dans l'immense majorité des cas, comprise avec les réserves que nous formulons et avec le sens précis que nous lui donnons, les hallucinations n'ont pu être décelées.

Mais à côté de ces observations, nous devons à la vérité de dire que quelques autres, en très petit nombre toutefois, ont présenté d'une façon indéniable les phénomènes hallucinatoires dont il s'agit. Deux surtout les ont offert avec un tel caractère de netteté, que, en raison de leurs raretés, nous n'hésitons pas à les résumer ici.

Morphinisme d'origine passionnelle. — Intoxication de longue date. Troubles psycho-sensoriels. — Hallucinations de la vue. — Absence de symptômes d'alcoolisme. — Guérison. — Il s'agit ici d'un jeune étudiant en médecine âgé de vingt-deux ans qui pour trouver l'énergie qui lui manquait dans son travail, se pratiquait par intervalle des injections de morphine. Entre l'usage et l'abus, il n'y avait qu'un pas qui fut vite franchi ; et notre jeune étudiant entra bientôt de plein pied dans le morphinisme, allant jusqu'à s'injecter deux grammes par jour. Ici, aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Il va sans dire que le but atteint n'était plus celui qu'on avait recherché. Et comme cela arrive en pareil cas, au lieu du stimulant demandé, la morphine à cette dose avait amené une inertie, une absence de volonté qui poussèrent bientôt notre morphinomane à venir nous consulter.

Au moment où nous le vîmes, il y avait deux ans que les pratiques duraient. Pas d'amaigrissement notable. Il est vrai d'ajouter, et c'est ici le point capital de notre observation, que malgré toutes nos recherches, nous ne pûmes découvrir chez lui le *moindre symptôme d'alcoolisme.* Du reste, ce qui est rare dans l'espèce, nous avions affaire à un malade très franc, très sincère, et surtout très désireux de se guérir, et nous sommes persuadé qu'en nous avouant une très grande régularité dans sa conduite et une très grande sobriété, il disait vrai.

Nous passons sur les symptômes physiques présentés, pour n'insister que sur les phénomènes psycho-sensoriels, qui présentent seulement de l'intérêt pour nous. Dans cette série d'idée, X... présentait deux ordres d'hallucinations, des hallucinations nocturnes classiques, telles que nous les avons décrites, avec les caractères si particuliers aux intoxications (terrifiants, etc.), sur lesquels nous reviendrons dans un instant. — Mais à côté de ces symptômes qui rentrent pour ainsi dire dans la règle, notre malade était sous le coup d'hallucinations vraies, survenant non plus pendant le sommeil, mais en plein jour, à l'état de veille, et dont en sa qualité d'étudiant en médecine, il rendait très bien compte. Plusieurs fois, il lui est arrivé, surtout dans les instants qui suivaient la piqûre, d'entendre distinctement non seulement des bruits, des sons, mais des paroles distinctes, claires, à la réalité desquelles il croyait même pendant quelques minutes. Ce n'était qu'après avoir vérifié l'inanité de ses sensations auditives qu'il se rendait alors à l'évidence.

On le voit, chez X..., les phénomènes hallucinatoires, qui intéressaient surtout le sens *auditif*, revêtaient tous les caractères des véritables hallucinations. X... paraît avoir eu aussi des hallucinations visuelles de même nature, mais il présentait surtout à étudier des illusions et des hallucinations de l'ouïe d'une très grande netteté.

Ce jeune morphinomane, qui ne présentait du reste aucune tare héréditaire, et aucun signe de déséquilibration, supporta très bien la suppression progressive et guérit complètement. Il n'a pas récidivé.

Le point très important qu'il faut retenir ici c'est la présence *d'hallucinations véritables* chez un morphinique *qui n'était à aucun degré alcoolique.*

L'observation suivante présente le même intérêt avec cette seule restriction qu'ici les hallucinations intéressent le sens de la vision.

Morphinisme d'origine thérapeutique. — Rhumatisme articulaire. — Hallucinations terrifiantes de la vue. — Absence de troubles alcooliques. — Guérison. — X..., vingt-cinq ans, artiste, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, s'était pratiqué des injections de morphine. Nous ne dirons pas comment il arriva de la sorte au morphinisme, ce serait une inutile répétition. Ajoutons seulement que X..., au moment où il nous fut donné de l'observer, absorbait journellement 1 gr. 50 de chlorhydrate.

Comme précédemment nous passerons sous silence les phénomènes étrangers à notre cause, ne retenant que les troubles hallucinatoires. Or, en dehors des rêvasseries toxiques et quasi-classiques, que X... présentait à notre examen, nous assistons aussi chez lui à l'éclosion de véritables hallucinations. Celle-ci intéressaient surtout la vue, et disons incidemment, que dans les cas rares, où le morphinisme provoqué de toutes pièces, des troubles psycho-sensoriels, il en est presque toujours ainsi. Il n'y a rien là qui doive surprendre, si l'on songe que la marque de fabrique de tout délire toxique, c'est l'hallucination visuelle terrifiante.

Chez X..., elles avaient lieu parfois le jour, en plein état de veille, et au dire d'un témoin compétent, qui y assista à plusieurs reprises, elle lui donnait alors absolument l'aspect d'un alcoolique subaigu. Et cependant, d'après nos renseignements, X..., sans être très régulier dans sa conduite, ne buvait pas. Elles se présentaient sous la forme terrifiante : Vision d'animaux de toutes espèces, qui marchaient sur lui. Inutile d'insister ; ce tableau, pour quelqu'un qui a l'habitude de l'aliéné intoxiqué, soit par l'alcool, soit par l'absinthe, est toujours le même.

Ici aussi, le malade montra de l'énergie, et guérit après une suppression progressive non dépourvue d'incidents.

On le voit, par ces deux observations que les limites tracées nous ont forcé de résumer beaucoup, que l'*état hallucinatoire* vrai, peut exister, provoqué de toutes pièces par l'intoxication morphinique.

Mais nous ne saurions trop le répéter, ainsi définies comme ci-dessus, les hallucinations, loin d'être la règle, comme l'ont écrit quelques auteurs, sont au contraire la très petite exception, dans le morphinisme chronique. Nous ne donnons pas de statistique, comme nous pourrions le faire, parce qu'il ne faut pas en abuser d'abord et aussi parce qu'elle n'aurait pas grande valeur ici, mais je ne crains pas d'avancer que les hallucinations diurnes ne se rencontrent pas chez les morphinomanes dans un vingtième des cas. Remarquons une fois pour toutes, qu'il ne s'agit ni de l'*intoxication aiguë*, ni de l'état d'*abstinence morphinique.*

Nous pouvons donc des longues considérations qui précèdent, tirer les conclusions suivantes :

1° Les deux opinions, en apparence absolument contradictoires, qui *admettent* ou qui *repoussent* les hallucinations morphiniques, peuvent se concilier. Le différend repose, pour la plupart des auteurs, sur une erreur d'interprétation ;

2° Il importe de distinguer les *crises nocturnes* (rêves, cauchemars terrifiants, etc.), que l'on trouve dans le morphinisme, comme dans tout état toxique, des véritables *hallucinations* de l'état de veille ;

3° Les crises nocturnes (rêves, cauchemars terrifiants, rêvasseries pénibles, zoopsie nocturne) sont fréquentes dans le cours de la morphinomanie. Nous les avons trouvées dans la moitié de nos observations ;

4° Les vraies *hallucinations* (diurnes, de la veille), sont au contraire très rares. Cette remarque ne s'étend ni à l'intoxication aiguë par la morphine, ni à l'abstinence morphinique, qui peuvent provoquer de toutes pièces des hallucinations véritables.

Les phénomènes hallucinatoires dans le morphinisme, doivent être attribués le plus souvent a un élément étranger. — Les véritables hallucinations existent donc dans le cours du morphinisme, mais il ressort des considérations et des conclusions qui précèdent qu'elles y sont très rares. Or il est incontestable, et personne ne peut nier ce fait, que cependant on les y trouve assez souvent. Et nous-même dans plusieurs observations dont nous donnerons quelques-unes en résumé tout à l'heure, nous les avons rencontrées d'une façon indéniable.

La clinique ne trouve-t-elle pas d'explication à ce fait? Étant donné que la morphine par elle-même ne peut que très rarement les provoquer, l'analyse clinique minutieuse ne pourrait-elle déceler dans les observations dont il s'agit, l'élément pathogène en question?

Je crois pouvoir répondre par l'affirmative, et je puis affirmer que dans beaucoup de cas j'ai pu trouver l'élément pathogène incriminé. En d'autres termes, je suis persuadé que dans l'immense majorité des cas, quand on se trouve en présence de troubles psycho-sensoriels, d'hallucinations bien et nettement déterminées, ce n'est pas l'intoxication morphinique elle-même qu'on doit accuser, mais bien un *élément étranger*.

Importance médico-légale de cette coexistence. — Cette coexistence d'un élément étranger joue un rôle tellement important dans le morphinisme, et à différents points de vue, que nous lui avons consacré un chapitre spécial. Aussi n'aborderons-nous ici ce côté de la question que dans les rapports qu'il présente avec les hallucinations des différents sens. C'est du reste le point surtout intéressant au point de vue médico-légal. — Mais nous ne pouvons nous dispenser d'entrer dans quelques détails au sujet des phénomènes hallucinatoires, qui, bien que se montrant dans le cours de l'intoxication chronique par la morphine, en sont néanmoins indépendants.

Hallucinations d'ordre hystérique. — Dans cet ordre d'idées, il convient de citer d'abord l'hystérie, dans la forme assez fréquente que l'on a appelée l'hystérie délirante. En effet, si on y observe quelquefois l'absence d'attaques convulsives, on y remarque assez souvent la présence de troubles psycho-sensoriels indéniables. Parmi ces derniers, les plus remarquables et les plus fréquents sont sans contredit les *hallucinations de la vue.*

Celles-ci, qui ne sont pas sans analogie avec les hallucinations d'origine toxique et alcoolique, se montrent soit sous forme de *visions* gaies ou de phénomènes *zoopsiques* terrifiants.

Or, on sait d'autre part depuis longtemps, et tous les auteurs spéciaux ont signalé le fait, que les hystériques en raison même de leur état mental, fournissent un sérieux contingent à l'intoxication morphinique.

Il est facile dès lors de prévoir ce qui se passera dans ces cas complexes. Il est facile de prévoir la difficulté de diagnostiquer quelquefois certains symptômes qui n'ont pas de caractères propres : — Telle hystérique, qui depuis longtemps se trouve en proie à des visions, à de la zoopsie, se livre à des pratiques morphiniques. Vous l'examinez à ce moment ; il va sans dire qu'elle a toujours des hallucinations de la vue. Quelle étiquette mettez-vous sur ces phénomènes sensoriels ?

C'est là évidemment un symptôme complexe mais il nous semble qu'en pareil cas, si l'on sait surtout qu'on a affaire à une femme hystérique qui a présenté des troubles visuels de cette nature, l'étiquette est facile à poser. L'exemple suivant en est une preuve.

Il s'agit d'une jeune femme que nous avons connue à Sainte-Anne, dont nous reparlerons plus loin, parce que son histoire sort de la banalité à bien des points de vue. Agée de 23 ans, elle est adonnée à la morphine *depuis sept ans*! Les

débuts de son mal sont d'origine thérapeutique, et cependant elle était sortie de l'hôpital absolument guérie, lorsque sans aucune raison, poussée par je ne sais quelle curiosité elle se pratiqua des injections, et au bout de quelques semaines elle absorbait un gramme de morphine.

Nous ne parlerons ici ni des récidives, ni du traitement mouvementé, pour ne retenir que les symptômes psycho-sensoriels présentés par la malade.

Ce sont d'abord des idées délirantes fugaces, quelques idées mystiques et quelques idées de persécution, qui cédèrent assez rapidement sous l'influence de la séquestration.

Puis, attaques de grande hystérie classiques redoublant de violence au moment de l'abstinence, fait déjà signalé par M. Garnier[1].

Enfin, hallucinations de la vue, se montrant aussi bien le jour que la nuit. Le jour, notre hystérique voit soit des figures riantes, soit des figures grimaçantes, la nuit, les visions consistent surtout en troubles zoopsiques terrifiants.

C'est là pour nous le phénomène qui nous intéresse par-dessus tout. Pour ce qui est de la malade disons qu'elle est morte à la fin d'un traitement par la suppression, sur lequel nous reviendrons. Mais pour ne pas nous étendre trop longuement nous devons nous contenter d'insister sur les hallucinations que cette malade avait présentées.

Or, il est évident qu'ici il ne peut y avoir de doute : antérieurement à son intoxication elle avait présenté tout l'état mental, tout l'état délirant de l'hystérie. Cet état délirant persiste avec les hallucinations, tout simplement; mais ce n'est pas la morphine qui les a provoquées. Elles sont une *coexistence*, et c'est tout.

Aussi, sans qu'il soit nécessaire, comme nous pourrions le faire, de donner d'autres observations du même type, nous pouvons pour les faits de cet ordre, émettre les conclusions suivantes : Toutes les fois que dans les cas douteux on aura

[1] Garnier, *Ann. méd. psychol.*, 1886, p. 1.

à apprécier la nature d'hallucinations aussi bien diurnes que nocturnes, il faudra rechercher l'hystérie. Si antérieurement à l'empoisonnement, on décèle chez un morphinique des troubles psycho-sensoriels *sui generis*, il reste bien entendu que ces troubles doivent être mis *plutôt* sur le compte de l'hystérie que de l'imprégnation morphinique.

Nous devons à la vérité de dire que tous les cas ne sont pas toujours aussi simples. Et quelquefois, même chez des hystériques, on peut être très embarrassé pour mettre une étiquette sur les phénomènes sensoriels dont nous parlons Nous avons soigné une morphinomane, hystérique par surcroît; mais, jamais avant d'entrer dans le vice morphinique, elle n'avait présenté d'état délirant, soit conceptions délirantes, soit hallucinations d'aucune sorte. Dans le cours de ses pratiques morphiniques se montrèrent des hallucinations de la vue, dont elle rendait très bien compte : elle voyait distinctement la nuit des spectres, des fantômes qui venaient la saisir, etc. Devait-on attribuer ces troubles sensoriels exclusivement à l'hystérie? Ici, la succession des faits, ne permet plus d'incriminer aussi sûrement la grande névrose. Doit-on au contraire incriminer la passion morphinique? Pas davantage.

Dans le cas particulier et dans les faits analogues l'observation clinique la plus rigoureuse ne permet évidemment pas de se prononcer. La conduite à tenir comme nous le verrons lorsque nous aborderons le point de vue médico-légal, est de s'imposer alors la plus extrême réserve.

Il est un autre élément étranger qui joue encore, dans l'histoire du morphinisme et des hallucinations qu'on y trouve un rôle prépondérant, c'est l'alcoolisme.

Hallucinations dues à l'alcoolisme. — L'alcoolisme, comme précédemment, en vertu des mêmes lois générales que nous approfondirons au moment voulu, et qui règlent le

processus pathologique que nous étudions, est en effet le résultat dans la plupart des cas d'une déséquilibration primitive. Il en est du morphinisme comme de l'alcoolisme, comme du reste tous les délires toxiques connus. En vertu donc de cette loi générale si importante, morphinisme et alcoolisme étant ainsi le plus souvent les deux effets d'une même cause, quoi d'étonnant, alors que ces deux intoxications soient quelquefois réunies? Quoi d'étonnant alors que la morphine et l'alcool soient recherchés par le même malade?

C'est en effet une association que la clinique offre à étudier à chaque instant. Et pour notre part, nous verrons dans la seconde partie de notre livre plusieurs observations dans lesquelles l'imprégnation alcoolique *coexiste* avec la morphinomanie, sans mélanger ses éléments, sans se *combiner* en un mot, en présentant ses symptômes propres; et de telle sorte, que l'analyse clinique minutieuse et attentive y découvre et ce qui appartient à l'imprégnation morphinique et ce qui appartient à l'éthylisme.

On assistera alors à des faits complexes du même ordre que ceux que l'hystérie nous a dévoilés tout à l'heure, avec cette restriction que l'alcoolisme complique beaucoup plus fréquemment l'intoxication morphinique que l'hystérie. — En pareil cas, l'imprégnation éthylique précède, accompagne ou suit le morphinisme, tous faits qui comportent des développements particuliers que nous ne pouvons chercher ici. Contentons-nous seulement en ce moment de faire remarquer que la dernière hypothèse est très souvent la conséquence d'un traitement mal compris [1].

Quoi qu'il en soit, pour toutes les raisons que nous venons de passer en revue, les morphiniques se livrent assez souvent à des excès alcooliques, et par cela même qu'ils sont morphinomanes subissent plus vite les effets, et deviennent

[1] Voir MARANDON DE MONTYEL, *loc. cit.*

alcooliques. Que se passera-t-il alors? Ce que nous venons de dire le laisse assez prévoir.

On constate tout d'abord et primant tout symptôme, un état sensoriel si spirituellement décrit par Lasègue lorsqu'il disait : le délire des alcooliques n'est pas un délire, c'est un rêve [1]. En effet, le délire nocturne, les hallucinations terrifiantes nocturnes couvriront toute la scène, et la plupart du temps ce sera là le syndrôme saillant.

Or qu'adviendra-t-il de l'intoxication morphinique au milieu de ces phénomènes bruyants? On ne peut évidemment mettre en doute, comme nous l'avons vu déjà, et comme nous le verrons tout à l'heure en étudiant le caractère des troubles sensoriels dus à la morphine, que ces phénomènes eux aussi consistent surtout en *crises nocturnes*. Mais, en étudiant de très près certains morphinomanes, en commentant chez eux cette existence de symptômes éthyliques et morphiniques, nous sommes resté convaincu que ces *crises*, appartiennent surtout à l'alcoolisme. Car si elles ressortissent comme règle générale à tout état toxique, et par là même à l'état morphinique, il est incontestable aussi qu'elles sont surtout la marque de fabrique de l'alcoolisme.

Cependant les cas de cette espèce ne présentent pas un intérêt de premier ordre, car on peut dire en effet que l'alcool et la morphine unissent simplement leurs effets : les hallucinations nocturnes peuvent alors être regardées comme ayant une *commune origine*, étant donné qu'elles aussi dans le morphinisme *pur* exempt de toute complication éthylique.

Mais, il est des cas de coexistence de ces deux états toxiques, dans lesquels les hallucinations de la vue se montrent le jour, *à l'état de veille*. Elles n'ont plus là comme précédemment une double étiologie, et je crois qu'on est alors autorisé à conclure très énergiquement en faveur de

[1] *Études médicales.*

l'alcoolisme seul considéré comme facteur pathogène. Je fais allusion en ce moment aux observations dans lesquelles, la variété d'éthylisme qui coexiste avec le morphinisme se trouve être cette forme si spéciale que Lasègue a appelée alcoolisme subaigu.

Dans les cas de cette espèce, ce que l'on connaît des caractères de l'alcoolisme subaigu autorise à incriminer seulement les excès alcooliques. En effet les hallucinations présentent alors un tel cachet qu'on ne peut les attribuer au morphinisme. L'observation suivante montrera le bien-fondé de ce que nous en avançons.

Morphinomanie chez un buveur de profession. — Hallucinations visuelles terrifiantes, mobiles, professionnelles. — Récidives. — La fille B..., âgée de 22 ans, entre au Dépôt comme insoumise. Depuis de longues années elle se livre à des excès alcooliques, et présente du reste tout l'état physique et tout l'état délirant de l'alcoolisme subaigu. Au moment où nous sommes appelé à l'examiner à l'infirmerie du Dépôt, elle est en proie à des visions révélant le caractère classique (Zoopsie, etc.). Elle écrase sur le plancher des bêtes qu'elle prétend voir distinctement, etc. De plus, tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue.

La fille B... nous avoue à ce moment qu'elle se pratique depuis un an des injections de morphine, et qu'elle est arrivée à la dose journalière de 1 gramme. Ses avant-bras et ses cuisses portent les stigmates du morphinisme, et la trace d'abcès profonds, dont les cicatrices lui couturent les tissus.

Les jours suivants, mêmes phénomènes sensoriels, mêmes hallucinations. Ces hallucinations se présentent aussi bien le *jour* que la nuit. Soumis à une suppression semi-progressive elle est guérie. Mais nous avons appris qu'elle avait récidivé.

Nous ne voulons retenir pour le moment de cette observation que les hallucinations de la vue. Quelle signification

étiologique devons-nous leur donner, dans un cas, en apparence complexe, où il est fait usage simultanément de morphine et d'alcool ? Je crois qu'ici et dans les faits analogues, le doute n'est pas permis. En effet, elles ne revêtent plus comme dans l'hypothèse précédente uniquement le caractère nocturne, auquel cas le morphinisme comme nous l'avons vu pourrait en revendiquer sa part, mais elles s'y sont montrées à l'état de veille, sans parler des autres caractères qu'on ne retrouve que tout à fait exceptionnellement dans l'imprégnation morphinique. — Elles doivent être mises sur le compte de l'alcool.

Morphinisme et alcoolisme. — M. Marandon de Montyel cite aussi l'observation d'un jeune docteur morphinomane qui croyant trouver un remède dans l'alcool, se livra à des excès alcooliques multipliés. Le malade, d'après le tableau symptomatique que nous en avons lu, paraît être tombé peu à peu dans l'alcoolisme chronique avec accès subaigus. Qu'advint-il ? Le jeune morphinomane ne tarda à présenter des crises nocturnes et tout le cortège symptomatique hallucinatoire de l'éthylisme. Or, l'auteur qui rapporte cette observation, bien que se trouvant en présence d'une intoxication morphinique très avancée qui couvrait tout, n'hésite pas un seul instant, à incriminer, comme nous, la folie alcoolique, et à lui attribuer la genèse des hallucinations visuelles.

Nous pourrions rapporter d'autres faits de coexistence de ces deux états toxiques, dans lesquels les phénomènes hallucinatoires ont pour cause l'alcool et non la morphine. Mais c'est une cause gagnée, et nous sommes autorisé en nous appuyant sur les faits cliniques dont nous parlons à tirer les conclusions suivantes :

1° Les véritables *hallucinations* (diurnes, de l'état de veille), comme nous l'avons dit plus haut, sont très rares dans la morphinomanie, tandis qu'au contraire les *crises noc-*

turnes sont assez fréquentes. Cette première conclusion n'est qu'une répétition, mais une répétition nécessaire ;

2° Assez souvent les *crises nocturnes* sont dues à un élément étranger soit *hystérique* soit *alcoolique;* mais la clinique néanmoins affirme l'autonomie des crises nocturnes morphiniques, que la morphine *seule* peut produire sans le secours d'aucun élément étranger ;

3° Dans l'immense majorité des cas au contraire les véritables *hallucinations*, dans l'intoxication morphinique, sont dus à un élément étranger, à la coexistence d'un autre état, soit toxique comme l'alcoolisme, soit névropathique comme l'hystérie.

Il reste cependant entendu que la clinique peut offrir des cas de morphinisme avec *hallucinations* véritables, sans le secours d'aucun autre élément, comme nous en avons donné deux observations très nettes tout à l'heure ;

Ces questions de *coexistence* du morphinisme et d'un élément étranger, en dehors des hallucinations, présentent en outre des considérations médico-légales, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, mais sur lesquelles nous reviendrons dans la seconde partie de notre travail.

Morphino-cocainomanie.— Mais, sont-ce là les seuls éléments étrangers qui puissent provoquer des hallucinations dans le cours de l'intoxication morphinique? N'y a-t-il que l'hystérie et l'alcoolisme qui puissent être regardés comme éléments pathogènes extrinsèques? — On ne peut évidemment nier que ce ne soit là, dans l'espèce, les facteurs étiologiques les plus importants. La clinique en offre d'autres, que nous n'étudierons pas en ce moment, parce qu'ils sont relégués au second plan.

Mais nous devons au moins indiquer une autre variété de coexistence, qui joue aussi un grand rôle dans la pathogénie des phénomènes hallucinatoires du morphinisme, nous voulons parler du *cocainisme*. Cette question est d'autant

plus intéressante que le cocainisme vient assez souvent compliquer le morphinisme.

En pareille occurence, le cocainisme, on peut le dire, change absolument l'évolution symptomatique et pronostique de l'affection première. C'est un point plein d'intérêt auquel nous avons accordé dans notre chapitre des *coexistences* tout le développement qu'il mérite, et que nous avons même discuté assez longuement dans une séance toute récente à la Société médico-psychologique [1]. Mais en raison des limites que nous nous sommes imposé, nous ne pouvons pas ici entrer dans cette discussion. — Qu'il nous suffise pour ce qui nous regarde plus spécialement en ce moment, de savoir que la cocainomanie produit, en s'ajoutant au morphinisme, une véritable combinaison, un nouvel état *hybride*, absolument différent des deux états constituants qu'on appelle morphino-cocainomanie (morphium-cocainsucht d'Erlenmeyer). Or la caractéristique de ce nouvel état, c'est précisément et surtout la présence d'*hallucinations* de la vue, sans parler d'autres phénomènes psycho-sensoriels très graves sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Après avoir fait la part dans les hallucinations de ce qui appartient au morphinisme et de ce qui lui est étranger, il ne nous reste plus qu'à esquisser à grands traits les caractères des phénomènes hallucinatoires dans cette intoxication. Pour éviter toute confusion, nous tenons à déclarer que nous emploierons le mot hallucination, en lui réservant, non le sens rigoureux qu'il a en réalité, mais le sens plus large qu'on lui donne dans le langage courant de la psychiâtrie.

Caractères des phénomènes hallucinatoires du mor-

[1] G. Pichon, *Société médico-psych. In ann. médic. psychol.*, mars 1889.

phinisme. — Tout d'abord le grand caractère des phénomènes *hallucinatoires* du morphinisme, dans l'immense majorité des cas, consiste dans leur époque d'apparition. — Ressemblant du reste en cela à presque tous les états toxiques comme l'alcoolisme, l'absinthisme, etc., les phénomènes psycho-sensoriels provoqués par la morphine, se produisent surtout la nuit. Et, comme nous l'avons déjà indiqué sommairement, ils revêtent en pareil cas les caractères des *crises nocturnes*, que Lasègue a si bien mis en relief dans l'évolution de l'alcoolisme.

Nous ne croyons pas que les auteurs spéciaux qui ont traité la question du morphinisme aient assez insisté sur l'importance de ces caractères et sur l'intérêt séméiologique considérable de ces troubles psycho-sensoriels. Évidemment, ainsi que nous l'avons longuement discuté, assez souvent on doit incriminer non la morphine, mais un élément étranger. Mais le morphinisme, de lui-même, provoque des phénomènes hallucinatoires très caractéristiques, et sur la nature desquels on n'a pas assez appuyé, selon nous, et voici pourquoi : On sait la difficulté qu'il y à déceler le vice morphinique, lorsque les renseignements commémoratifs ne viennent pas mettre sur la piste du diagnostic. Il n'y a pas en effet de signe pathognomonique dans l'empoisonnement par la morphine, pas plus dans le tableau symptomatique que dans l'analyse des urines, qui, malgré tout ce qu'ont affirmé certains spécialistes allemands, ne donne aucun renseignement précis, aucune preuve certaine.

Aussi, devant la précision des détails obtenus chez certains morphinomanes instruits et médecins, nous sommes persuadé qu'il y a là dans cet ordre d'idées des indices précieux, qui rendront dans les cas douteux de très grands services au praticien, et le mettront sur la voie du diagnostic.

En l'absence d'une part de signes pathognomoniques et même de signes caractéristiques, et d'autres parts, en tenant compte de la tendance qui pousse les morphiniques à cacher

leur passion, nous prétendons que ces troubles sensoriels *nocturnes* ont une très grande valeur. Et comme on les y trouve assez souvent, on comprend facilement qu'ils représentent un élément précieux de séméiologie. — Nous ne formulons pas du reste cette conclusion à la légère. Nous l'appuyons sur de nombreux faits cliniques, où la constatation de ces signes, en l'absence de tout symptôme, et surtout de renseignements, a levé tous les doutes.

En quoi consiste donc au juste ces phénomènes sensoriels nocturnes, que nous ne craignons pas de placer au premier rang dans la symptomatologie de la morphinomanie ? C'est ce que nous allons faire tout à l'heure.

Mais nous préférons, comme étant plus logique, la marche qui consiste à résumer d'abord nos observations, et à étudier ensuite les caractères des symptômes en question. Nous éviterons ainsi d'inutiles répétitions et des développements superflus.

X..., 29 ans, docteur en médecine, est adonné aux injections de morphine depuis deux ans. L'origine du mal est thérapeutique. Ici, comme souvent, les rhumatismes et les douleurs articulaires qu'ils entraînent, ont été la porte d'entrée unique du vice morphinique.

Peu à peu, de l'usage, X..., en est venu à l'abus. L'organisme saturé nécessita l'élévation des doses progressivement croissantes, si bien qu'au bout de quatre mois la dose de 1 gramme était atteinte, et le morphinisme était constitué avec tout le cortège des symptômes ordinaires.

Parmi ceux-ci en dehors de l'*état de besoin* les plus saillants, et les plus intéressants en raison de la condition du malade qui donnait un compte très exact de ses sensations, étaient sans contredit les troubles psycho-sensoriels.

Ces derniers consistaient surtout en *crises nocturnes* suf-

fisamment caractérisées, pour autoriser à eux seuls le diagnostic de morphinisme, surtout en l'*absence de pratiques alcooliques* d'aucune sorte. X..., se réveillait la nuit en sursaut, croyant tomber dans les précipices. Ajoutez à cela des rêves terrifiants (visions d'animaux, de spectres, de bandes de feu, de figures grimaçantes), des rêvasseries qui lui prédisaient toutes sortes de mésaventures, de deuils, et qui plusieurs fois par nuit amenaient les insomnies les plus pénibles. Il se réveillait alors le matin brisé, anéanti, courbaturé épuisé au moral et au physique, et ne pouvant ni se tenir sur son séant, ni à plus forte raison, se lever aux heures matinales ordinaires : Si à ce moment, nous dit-il, je ne me pratique pas d'injection, je suis dans l'impossibilité de quitter le lit. — Et nous passons sous silence les symptômes physiques qui sont la conséquence forcée de pareilles insomnies : bouche pâteuse , nausées fréquentes, faiblesse des membres inférieurs, etc., symptômes qui aussi cèdent en partie devant une première piqûre. C'est malheureusement toujours le même cercle vicieux, analogue au cercle vicieux des ivrognes dyspeptiques : les morphinomanes ne retrouvent leur état normal qu'en se morphinisant, et la morphine ne fait qu'aggraver leur maladie et entretenir leur état de saturation cause de tout le mal.

X..., se rend un compte très exact de sa situation, et analyse très bien ses sensations. Il ne fait aucun excès de boisson et mène une existence des plus régulières, et cependant dit-il, je ressens la nuit les mêmes troubles sensoriels que les alcooliques de profession. » Cette confession, dans la bouche d'un médecin nous est très précieuse à retenir. Et lorsque nous aurons ajouté que ce jeune morphinomane connaissait assez bien la médecine mentale, on restera convaincu que nous avons raison d'assigner la première place dans l'intoxication qui nous occupe, aux *crises nocturnes*.

X... n'a pas présenté des troubles sensoriels des autres sens, pas plus que des hallucinations à l'*état de veille*, qui

comme nous l'avons vu sont très rares. C'est un fait négatif, qui dans le cas particulier, méritait d'être signalé.

Ajoutons incidemment que nous n'avons pas trouvé chez ce malade, dans l'ordre physique, d'accidents graves. Chez plusieurs de nos morphinomanes, nous avons déjà noté et nous aurons encore occasion de noter cette absence de lésions physiques appréciables. Chez X..., comme chez quelques autres, il n'y avait nulle trace des pratiques morphiniques, ni amaigrissement du facies et du corps que l'on a tant exagéré, selon nous. C'est là du reste un point sur lequel nous nous proposons de revenir.

Après une première guérison suivie de rechutes, X... s'est de nouveau mis résolument au traitement progressif. Complètement guéri, nous l'avons revu à plusieurs reprises : il n'a pas récidivé, et lorsque ses douleurs rhumatismales le tourmentent, très prudemment il n'a plus recours aux injections morphinées, et emploie exclusivement le chloral.

Nous ne voulons pas aller plus loin dans la relation de cette observation qui présenterait cependant des détails intéressants à étudier à d'autres points de vue. Nous nous sommes contenté d'insister sur les phénomènes sensoriels et hallucinatoires. Les caractères que nous y avons trouvés et la condition sociale du malade, nous ont permis du reste de passer sous silence bien des considérations et des réflexions inutiles dans le cas particulier. Il nous a suffi de rapporter presque textuellement ses paroles et ses aveux pour montrer jusqu'à l'évidence l'existence des accidents *nocturnes* dans le morphinisme, et même pour en affirmer les caractères nets et précis.

L'observation suivante montre que les phénomènes hallucinatoires peuvent quelquefois intéresser d'autres sens que le sens de la vue. — Nous la donnons seulement à ce titre parce que les autres particularités qu'elles présentent rentrent dans la banalité.

Madame X..., âgée de 28 ans, qui appartient à notre clientèle privée, est une morphinomane de longue date : d'origine passionnelle, ses pratiques remontent à quatre années. Le seul fait intéressant, et qui ressort un peu dans la symptomatologie physique, c'est l'absence presque complète de troubles physiques malgré la dose journalière élevée qu'elle absorbe (un gramme en moyenne). Nous n'en dirons pas autant des accidents psycho-sensoriels qui se présentent chez elle avec une acuité et une netteté remarquables.

Elle ne dort pas la nuit, à cause des *cauchemars* qui viennent l'assiéger et interrompre à tout instant son sommeil: Ce sont des visions zoopsiques la plupart du temps. Mais, fait plus intéressant, Mme X. : sent des bêtes la nuit qui viennent lui frôler la figure ; elle en sent quelques-unes même entrer dans les orifices naturels, dans le nez, la bouche, les parties génitales mêmes Ces *hallucinations de la sensibilité générale*, si rares dans l'intoxication qui nous occupe, acquièrent même quelquefois une intensité extraordinaire chez Madame X..., au point qu'elle est réveillée en sursaut par des *secousses* dans les membres, qu'elle compare à de véritables *coups de cravache*. Ces phénomènes méritent d'autant plus d'attirer notre attention que cette malade ne pouvait à aucun degré que ce soit, être soupçonnée d'alcoolisme. Il n'y a donc pas lieu ici de penser à un cas analogue à ceux que nous avons mentionnés dans le paragraphe précédent, dans lequel les troubles sensoriels de cette nature sont justiciables d'un élément *coexistant*, étranger au morphinisme, l'alcoolisme la plupart du temps.

Madame X..., hantée continuellement par ces rêves pénibles, avait songé à plusieurs reprises à supprimer progressivement ses pratiques. Le traitement poussé très loin à chaque fois, et sur le point d'aboutir, avortait toujours au dernier moment, grâce au manque d'énergie de la malade, qui n'avait pas le courage d'obéir aux prescriptions du médecin et qui réclamait à l'instant même une piqûre hypodermique.

Au moment où nous écrivons ces lignes, elle vient encore une fois de perdre le bénéfice d'un mois entier de traitement.

Ce qu'il importe de retenir dans cette courte observation, c'est surtout la présence d'hallucinations de la sensibilité générale.

Nous terminerons cette petite série d'observations par un fait clinique, dans lequel les *hallucinations de l'ouïe* jouent au contraire le principal rôle.

Il s'agit d'un jeune étudiant en médecine de 24 ans, devenu morphinomane à la suite d'un traitement par les injections de morphine dans le cours d'une pleuro-pneumonie. — Faisons remarquer incidemment que cette origine thérapeutique à la suite d'une maladie *aiguë* est rare. — Quoiqu'il en soit, guéri en un mois de son affection pulmonaire, mais souffrant encore par intervalles de névralgies intercostales consécutives, notre jeune étudiant revint aux injections morphiniques qu'il n'avait guère abandonnées du reste que pendant deux ou trois jours. Bref, au bout de trois mois l'abus avait amené l'état de besoin, c'est-à-dire le morphinisme ; et au bout d'un an il absorbait la dose de 1 gramme 50, par jour.

Il y a deux ans qu'il est entré de plein pied dans l'intoxication morphinique. Et ce n'est qu'au bout d'un an et demi qu'il commença à éprouver les premiers accidents sensoriels. — Nous insistons sur ce délai qui est presque la règle, pour y revenir dans nos conclusions. — Ces accidents consistaient surtout en phénomènes sensoriels qui avaient lieu la nuit comme précédemment. — X... était obsédé aussi lui par des cauchemars nocturnes, mais avait peu de visions pénibles. Les accidents consistaient chez lui en troubles sensoriels de l'ouïe, en hallucinations auditives. La nuit, X... était réveillé en sursaut par des voix. Plusieurs fois même, il lui est arrivé, entendant du bruit dans la pièce voisine de sa chambre, de se lever, et d'aller y chercher l'origine des bruits entendus ou voir s'il n'y avait personne. Il est juste d'ajouter qu'il était tout de suite convaincu de l'inanité de ses perceptions. — Dans la sphère physique, fort peu de choses.

X... malgré nos conseils n'a pas encore voulu se soumettre à un traitement régulier.

Nous nous contentons de ces trois observations. Nous aurions pu ici rapporter bien d'autres exemples de phénomènes sensoriels, dus à la morphinisation, mais sans utilité. Nous avons simplement choisi dans notre collection, non pas les faits les plus intéressants, mais les plus typiques, se rapportant aux troubles hallucinatoires des différents sens, de la vue, de la sensibilité générale et de l'ouïe. Il va sans dire qu'en agissant ainsi, nous n'avons tenu aucun compte de leur proportion dans ces différentes séries de fait, car les hallucinations nocturnes de la vue, sont *bien plus fréquentes* que celles des autres sens qui, dans le morphinisme, ne se rencontrent qu'à titre d'exception.

Mais les observations qui précèdent suffisent cependant pour indiquer à grands traits les caractères des *crises nocturnes* du morphinisme, sur la valeur desquels il est inutile d'insister de nouveau.

Leur caractère principal en dehors bien entendu de leur date d'apparition (*nocturnes*) est d'être *tristes* comme dans l'alcoolisme et l'absinthisme, et du reste, beaucoup d'états toxiques. C'est là une note intéressante que Lancereaux avait déjà signalée longtemps avant nous[1] ainsi que Fiedler en Allemagne[2]. Cependant il est juste d'ajouter que cette note est moins particulière à la morphinomanie qu'à l'éthylisme. Pour notre part nous avons eu quelquefois l'occasion d'observer des troubles sensoriels nocturnes de nature différente, et même gaie, bien que cependant ce dernier caractère appartienne plutôt comme nous l'avons déjà dit à l'intoxication aiguë. Nous avons soigné une jeune ouvrière qui avait indifféremment la nuit des hallucinations tristes ou gaies. A côté de visions d'animaux, elle apercevait des paysages enchanteurs, des scènes agréables, et parfois il

[1] *Loc. cit.*
[2] *Loc. cit.*

lui arrivait de s'éveiller en riant. — Si rare que soit le fait il méritait d'être signalé, à cause de son opposition avec les crises nocturnes toujours si uniformément terrifiantes de l'alcoolisme.

Un autre caractère important, quoique négatif, que nous avons remarqué à la lecture de bon nombre de nos observations, à l'encontre des phénomènes éthyliques, c'est l'absence de mobilité et de cachet professionnel des hallucinations morphiniques. Un point différentiel, qui a son importance aussi, et que nous pouvons appuyer sur un assez grand nombre d'observations c'est la prédominance marquée dans le morphinisme des hallucinations de la vue. — On peut même dire qu'il y a là pour le diagnostic un élément dont on doit tenir un grand compte : ce n'est que très exceptionnellement qu'on y remarque des hallucinations des autres sens. C'est ainsi que l'ouïe et surtout le goût et l'odorat sont rarement intéressés.

J'irai même plus loin, pour ce qui regarde la *sensibilité générale*, et c'est là un renseignement qui nous a bien souvent guidé : Les *hallucinations de la sensibilité générale* qui sont presque le cachet de l'intoxication éthylique, sont au contraire *exceptionnelles* dans l'intoxication morphinique.

Il y a enfin le caractère, sur lequel nous avons tant insisté quelques pages plus haut, tiré de la nature même des hallucinations. En d'autres termes, les véritables hallucinations, diurnes, de l'état de veille, et à l'inanité desquelles le malade ne croit pas, les seules, qui, dans une terminologie rigoureuse, méritent ce nom, sont extrêmement rares. Elles sont si rares, que beaucoup d'auteurs les nient formellement. — Pour notre part, sans les nier formellement, puisque nous en avons donné deux exemples très nets, nous pensons qu'elles sont une rareté.

Considérées comme véritables hallucinations, elles ne doivent pas, dans la grande majorité des cas, être attribuées

au morphinisme. On doit alors, nous l'avons dit, incriminer un élément étranger, l'alcoolisme le plus souvent. En dehors des auteurs que nous avons cités, Zambacco [1] publie des observations de morphinisme avec « cauchemars et rêves effrayants ». Ces phénomènes n'ont plus le caractère d'hallucinations véritables. Dans d'autres cas, Zambacco les décrit chez des malades, faisant par surcroît des excès d'alcool. Les faits rapportés par le médecin de Constantinople, viennent donc corroborer nos conclusions de tous points.

Il y a un autre fait connu de tous les spécialistes, qui semble infirmer ce que nous avançons, qui semble mettre en doute l'absence d'hallucination dans le morphinisme, c'est son assimilation avec l'opiophagie. Or, comme le fait remarquer M. Brouardel [2] dans ses rapports, les opiophages aussi bien que les thériaquis sont sujets à des hallucinations effrayantes que tous les voyageurs en Orient ont signalées dans leurs écrits. — Mais, outre que cette assimilation entre les phénomènes provoqués par l'opium et ceux provoqués par son alcaloïde, n'est pas absolument légitime, doit-on, dans l'espèce, attribuer les hallucinations en question à l'intoxication par l'opium ?

On sait que l'opiophagie règne surtout en Turquie, et que les préceptes du Coran défendent sévèrement et d'une façon absolue, l'usage du vin. Mais, comme dit l'auteur que nous citions tout à l'heure, « il y a toujours des accommodements avec le ciel. Du temps du prophète, l'intelligence humaine n'avait encore découvert ou inventé, ni le cognac, ni le raki, il ne pouvait donc en être question dans le livre sacré .... Le vrai croyant pourra donc user des boissons purement alcooliques sans encourir des reproches de la part de ses coreligionaires, et sans remords de sa conscience. »

Les opiophages orientaux usent ainsi en même temps et

[1] *Loc. cit.*
[2] *Loc. cit.*

très largement du cognac et du raki. — Il y a, je crois, dans cet usage de quoi expliquer suffisamment les hallucinations des mangeurs d'opium.

Eh bien, chez les morphinomanes, l'alcool doit être aussi incriminé quand on trouve des hallucinations véritables.

Conclusions. — Des longues considérations qui précèdent nous sommes autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° Les phénomènes *hallucinatoires* du morphinisme revêtent, dans l'immense majorité des cas, la forme de *crises nocturnes* ;

2° Ces hallucinations *nocturnes* ont le même caractère *terrifiant* que les hallucinations de l'alcoolisme, mais peuvent être gaies ;

3° Ce qui les en distingue encore, c'est d'être exclusivement *visuelles*, et de n'intéresser que très exceptionnellement la *sensibilité générale*, qui est si souvent lésée dans l'éthylisme ;

4° Nous ne leur avons pas trouvé non plus le caractère professionnel et la mobilité de cette intoxication.

Ces *crises nocturnes* ont, selon nous, un intérêt diagnostique considérable, en l'absence de symptômes caractéristiques, dans la morphinomanie.

Après l'*état mental*, après l'étude des phénomènes *hallucinatoires*, le morphinisme présente encore à étudier d'autres troubles psycho-sensoriels, moins importants, il est vrai, mais qui, au point de vue médico-légal, présentent un intérêt réel.

b. Impulsions dans le morphinisme

En première ligne, après les *hallucinations*, les impulsions dans l'étude complète de l'intoxication morphinique, doivent s'imposer à l'attention du médecin aliéniste,

On conçoit, en effet, les rapports étroits que cette question des impulsions peut avoir avec la médecine légale. Le médecin légiste peut avoir à les envisager sous bien des formes qu'elle peut revêtir. Elle peut soulever bien des questions subsidiaires graves, comme les suivantes : De quelle nature sont les *impulsions* provoquées par la morphine ? Existe-t-il dans l'intoxication qui nous occupe, ce qu'on appelle dans une terminologie scientifique rigoureuse un état impulsif, c'est-à-dire un état caractérisé par une *irrésistibilité consciente ?* La morphine provoque-t-elle réellement des impulsions à voler, etc., en un mot des *impulsions* pathologiques ? En dehors de ces véritables *états impulsifs*, l'imprégnation morphinique produit-elle des tendances à se détruire ? Et le *suicide*, dans cette question, rentre alors, on le voit, tout à fait dans ce sujet. — L'usage de la morphine longtemps continué, ne peut-il enfin donner naissance à ces états impulsifs conscients, tout à fait particuliers que M. Magnan a englobés sous le nom de syndrômes épisodiques ?

On le voit, les *impulsions* soulèvent bien des considérations intéressantes. Dans le cadre que nous nous sommes imposé, nous ne pouvons pas avoir la prétention de les épuiser toutes. Mais nous ferons tous nos efforts pour être aussi complet que possible.

Nous devons dire, tout d'abord, que la plupart des questions posées plus haut, trouveront bien mieux leur place et leur développement dans la seconde partie de notre mémoire lorsque nous traiterons des rapports médico-légaux de la morphinomanie. C'est ainsi que les impulsions au vol, dans le cours du morphinisme, impulsions qui ont fait la base de plusieurs rapports judiciaires intéressants, seront étudiés avec beaucoup plus de fruits dans nos Études médico-légales. Nous en dirons autant des impulsions aux suicides, à l'homicide, au moins dans leurs rapports avec la responsabilité. — Aussi pour ne pas nous exposer à d'inutiles répétitions, nous renvoyons le lecteur à la partie médico-légale de notre livre.

Mais en dehors de ces cas, incontestablement de beaucoup les plus nombreux, et que nous devions au moins indiquer, il est d'autres états impulsifs dans le cours du morphinisme, qui se rattachent plus directement à une description symptomatique complète, et qui dès lors trouvent naturellement leur place ici.

Impulsions au suicide. — Il y a d'abord dans la morphinomanie un état impulsif, rare, mais sur le compte duquel il importe d'être prévenu, dans le cours du traitement, c'est l'impulsion au *suicide.* Il y a en effet un grand intérêt pratique à signaler cette complication, si l'on veut éviter quelquefois de graves accidents. Pour notre part nous avons assisté deux fois à des tentatives de suicide , dans des conditions de gravité telles, que nous ne manquons jamais de les soumettre aux réflexions des médecins spécialistes :

1° *Dans le morphinisme proprement dit.* — Le suicide dans le cours même du morphinisme, au milieu de l'évolution de la maladie, doit être rare. Nous ne l'avons jamais constaté, et nous ne l'avons jamais trouvé signalé dans les auteurs. — Bien des fois nous avons entendu des morphinomanes invétérés se plaindre bien haut des souffrances physiques et des ennuis de toute nature, qu'entraînait chez eux l'usage de la morphine. Bien des fois nous en avons entendu gémir et se répandre en plaintes amères contre une existence pénible, pleine de déboires de toutes sortes, qui les rendait absolument incapables d'avoir un travail suivi. Ces récriminations contre leurs passions, étaient accompagnées d'idées de suicide, de la volonté ferme d'en finir avec une vie aussi triste. Mais invariablement ces lamentations étaient suivies d'une série de piqûres plus nombreuses qui changeaient du tout au tout le cours de leurs pensées et de leur désespoir. Le suicide était ainsi ajourné indéfiniment. En somme, on com-

prend que la nature même de la passion pousse à ces atermoiements. Et cependant il est une intoxication qui ressemble sous bien des rapports au morphinisme, l'alcoolisme dans laquelle le suicide est assez fréquent, surtout dans sa forme chronique. — Aussi, si jusqu'à présent on n'a pas encore signalé de tentatives de suicide dans le morphinisme, si jusqu'à notre époque, on n'a pas eu l'occasion de décrire cette forme d'impulsion, il y a peut-être à tenir compte de l'époque peu reculée de la découverte de cette maladie ;

2° *Tentatives de suicide dans l'abstinence morphinique.* — Mais il est un autre état dans la morphinomanie où le suicide est un accident que le praticien doit redouter au premier chef, nous voulons parler de l'*état d'abstinence morphinique*, aboutissant inévitable du traitement, qu'il consiste dans la suppression *brusque* ou dans la suppression *progressive*. Les deux cas auxquels nous faisions allusion avaient eu lieu l'un au début d'une suppression brusque, l'autre dans le cours d'une démorphinisation lente et graduelle.

Ces tentatives de *suicide* présentent, on le voit, un grand intérêt pratique et symptomatique, et à ce titre nous leur devions ici une mention spéciale. Mais comme le suicide présente aussi un grand intérêt médico-légal, nous nous contentons de ces quelques considérations, nous réservant dans des développements ultérieurs, d'y revenir avec plus de détails et des observations concluantes à l'appui.

Impulsions syndromiques. — A la question des *impulsions* dans l'intoxication morphinique se rattache également la question des *impulsions conscientes, irrésistibles*, que l'on a étudiées dans ces dernières années sous le nom de *syndrômes épisodiques*.

Autrement dit, l'abus de la morphine peut-il provoquer

chez ceux qui s'y adonnent, une impulsion à prendre de la morphine, par *accès*, par intervalle seulement ?

Nous devons à la vérité de dire ici que cette opinion est admise par quelques aliénistes qui réservent alors à cet état impulsif l'appellation de *morphinomanie*, détournée de son véritable sens, car elle ne s'appliquerait qu'à des héréditaires dégénérés.

Mais nous avons plus haut longuement expliqué, au chapitre de l'étiologie, comment cette opinion a contre elle tous les faits cliniques. Car de l'aveu même de ses partisans, c'est un cadre intact que n'est encore venu remplir aucun exemple bien authentique.

Dans ces conditions nettes et précises, il est impossible de lui accorder une place dans les classifications nosologiques : l'abus de la morphine produit, il est vrai, une impulsion bien réelle, un véritable *état de besoin* sur lequel nous reviendrons plus loin, mais qui n'a rien de commun avec l'état impulsif, procédant *par accès*, auquel M. Magnan et ses élèves ont réservé le nom de morphinomanie[1]. En voici les raisons :

État de besoin. — L'état de besoin de la morphinomanie a des caractères bien connus qui ne permettent d'établir aucun point de comparaison avec les *accès* en question. Tout d'abord nous ne craignons pas d'affirmer que cet état arrive *fatalement*, nécessairement, chez tout individu qui pendant un certain temps a fait usage de morphine, qu'il soit dégénéré ou non. Et, pour notre part, nous l'avons observé chez des individus des mieux équilibrés. C'est là un point de clinique que nul ne peut contester.

En second lieu, et c'est une assertion qui s'appuie sur des expériences physiologiques, un des principaux caractères de cet *état de besoin*, qui est bien, aussi lui, irrésistible, cons-

[1] MAGNAN, *Société médico-psych.*, 1889.

cient, c'est d'être PERMANENT, quotidien, au lieu de se montrer *par accès*. Et nous ne craignons pas d'ajouter que cet état de besoin, tenace, de tous les instants est le cachet même du morphinisme. Sans ce caractère, cette intoxication ne différerait pas sensiblement des autres états toxiques, l'alcoolisme par exemple.

Aussi, à ce point de vue, l'état de besoin serait plutôt la définition même du vice morphinique qu'un de ses symptômes, tant il fait corps avec lui.

C'est un phénomène inséparable de la passion pour la morphine, et qui fait même sa grande excuse aux yeux des spécialistes.

Dans de pareilles conditions cliniques et physiologiques, nous ne trouvons pas que l'hypothèse d'une morphinomanie par accès soit légitime.

Il faut avoir entendu des morphinomanes, en cours de traitement par la suppression, pour se faire une idée de la ténacité de l'état de besoin. Il faut avoir entendu les plaintes des morphiniques en privation, pour être à même de pouvoir comprendre et apprécier la force de ce besoin physiologique, provoqué par l'usage de la morphine, en vertu de lois que l'on ne connaît pas encore, mais qui existent bien réellement.

Ce que l'on sait c'est que ce besoin est très complexe. Ce que l'on en connaît par les aveux de nombreux médecins morphinomanes, qui ont pu eux-mêmes s'en rendre compte, et analyser leurs propres sensations, prouve qu'il y a dans ce phénomène quelque chose qui échappe à l'examen le plus minutieux, à l'analyse *psychologique* la plus complète.

Nous venons de prononcer le mot de psychologique, c'est qu'en effet il y a dans l'état de besoin dont nous parlons un élément *vital*, dont nous devons tenir compte, mais qu'il est bien difficile de saisir avec les moyens actuels d'investigation médicale. Cet élément, que le médecin qui l'a ressenti ne peut lui-même décrire cliniquement, n'est plus du domaine de la médecine pure, et rentre plutôt dans la psychologie.

Cet élément, qui nous paraît fondamental de l'état de besoin, c'est l'élément *psychique*, qui a fait donner à la disette morphinique, le nom de *besoin vital*.

Ce *besoin vital* est donc une impulsion tout à fait spéciale, et dont le caractère d'irrésistibilité a sa source dans les profondeurs de l'organisme, ce qui les différentie nettement des autres états impulsifs.

Il y a en second lieu dans cette appétence psychologique un autre élément que le besoin psychique, élément qui établit entre elle et les impulsions une barrière plus infranchissable encore : C'est l'élément *somatique,* qu'on n'y trouve jamais à aucun degré, ni sous aucune forme. Je m'explique.

La morphine, chez les morphiniques, en état de disette, joue le rôle d'un véritable aliment. En d'autres termes, le long usage développe peu à peu, chez les malades en attente, une sensation physique qui n'est pas sans analogie avec la faim. Et cette comparaison n'est pas de notre part une simple vue de l'esprit : dans cet ordre d'idées, nous avons recueilli des confidences précieuses de plusieurs personnes intelligentes et instruites. Or, à plusieurs reprises nous avons entendu établir cette analogie, lorsqu'elle se trouvaient privées de leur stimulant ordinaire. Un fait physiologique intéressant, qui prouve bien ce que nous avançons, c'est la morphinisation dans le sein de sa mère de l'enfant d'une morphinomane. Après l'accouchement, par suite de la suppression morphinique, le petit être est en proie à l'agitation et à l'insomnie : l'opium administré à temps ramène le calme et la vie. La morphine, en pareil cas, n'est-elle pas alors un aliment nécessaire au même titre, et plus, que le lait?

Toutes ces considérations trouveront de nouveaux développements dans la seconde partie de notre livre. Et nous donnerons à l'appui de nos conclusions plusieurs observations qui nous ont paru intéressantes à ce double point de vue, et qui seront mieux placées dans une étude médico-légale.

En ce moment, pour clore cette étude de l'état de privation, considéré comme impulsion, et que nous avons tenu ici à n'envisager que sous cette seule face, nous dirons qu'il existe dans le morphinisme, un symptôme qui en est la base fondamentale, c'est l'*état de besoin*. Cet état de besoin est constitué par deux éléments différents, un élément vital ou psychique, qui échappe à l'observation clinique, et un élément somatique qui assimile la morphine à un véritable aliment, et dont tous les malades en état d'abstinence (*abstinenz-morphine*) rendent un compte très exact.

Impulsions diverses. — En dehors des impulsions que nous venons de passer successivement en revue, il nous reste à dire quelques mots de ces impulsions bizarres, si souvent invoquées dans les délits de toutes sortes, par le morphinomane.

En effet, commet-il un meurtre, un vol, un délit quelconque, le morphinomane se retranche, tout de suite, derrière un état impulsif, conséquence, d'après lui, de son intoxication. Il n'est pas sans analogie à ce point de vue avec la femme enceinte, qui ne manque pas, pour un acte délictueux, d'invoquer la grossesse.

S'en suit-il que ce système de défense soit légitime? S'en suit-il que la morphine provoque, par un long usage, les impulsions en question, au meurtre, au vol surtout ? En d'autres termes, doit-on admettre dans les cadres nosologiques, ces nouvelles impulsions dont on abuse non seulement parmi les délinquants, mais dans une certaine littérature extra-médicale, et qu'on appelle *kleptomanie morphinique* impulsion au meurtre ?

Le lecteur comprendra facilement que cette étude doit être faite avec plus de fruit, dans la deuxième partie de l'ouvrage, alors que nous commenterons les rapports médicaux, publiés sur la question ; mais dès à présent , en nous plaçant sur le terrain , purement symptomatique , nous

pouvons dire que ces formes mentales, crées pour les besoins d'une mauvaise cause soit désavouées par l'observation clinique.

c. IDÉES DÉLIRANTES. — CONCEPTIONS DÉLIRANTES. — ÉTAT MENTAL.

Pour être complet dans l'étude des troubles psycho-sensoriels du morphinisme, il nous faudrait rechercher ici, s'il existe dans cette intoxication chronique des conceptions délirantes, et, s'il en existe, quelle est leur nature ?

Toutes ces questions recevront aussi leurs développements dans notre seconde partie. Nous devions seulement en faire mention ici. Mais nous pouvons dire dès à présent que le morphinisme, s'il modifie souvent *l'état mental*, provoque très rarement des idées délirantes [1].

L'*état mental*, à la suite d'une longue intoxication par la morphine, peut éprouver des modifications notables. Les facultés mentales, aussi bien dans la sphère intellectuelle que dans la sphère morale et affective, peuvent subir une véritable diminution, et cette diminution peut présenter des rapports intéressants avec la responsabilité pénale. — C'est là un fait connu non seulement des spécialistes, mais tombé malheureusement, depuis quelque temps, dans le domaine vulgaire. Nous citerons plus tard les tentatives criminelles, commises dans l'intention d'arriver à capter plus facilement la confiance de personnes dont on convoitait la succession, et qu'on avait poussées à abuser quotidiennement des doses élevées de morphine.

Le morphinisme peut donc produire dans certaines conditions la déchéance mentale.

Et ce sont ces différentes questions que nous ajournons aux Études médico-légales, pour les traiter plus complètement.

[1] S.-W. DANA, *Délire morphinique* (*The med. Rec.*, Juli, 1884).

§ 2. — Symptômes physiques

Nous arrivons maintenant à l'étude des phénomènes physiques provoqués par le morphinisme. Ceux-ci ne le cèdent en rien, aux précédents, comme importance. En effet, si chez la moitié des morphinomanes, l'examen des symptômes psychiques et sensoriels est négatif, il n'en est pas de même des troubles somatiques. Car, on peut dire, sans crainte d'être démenti que, à un moment donné toutes les fonctions *peuvent* être touchées par la morphine.

Et cependant, avant d'aller plus loin, nous faisons dès le début une restriction : Il y a à cette affirmation bon nombre d'exceptions, qui tiennent soit à des idiosyncrasies spéciales, soit à des causes qui nous échappent. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à notre époque, l'intoxication morphinique n'est plus redoutée comme autrefois, et depuis quatre ou cinq ans que nous recueillons les matériaux de notre traité, nous nous sommes convaincu de plus en plus que la morphine ne produit plus, et surtout aussi invariablement qu'on le disait, les ravages décrits par les premiers auteurs qui se sont occupés de la question.

A quoi doit-on attribuer, à dix ou quinze ans de distance seulement, les variations dans la symptomatologie de cette affection déjà si curieuse. Nous avions cru un moment trouver la raison de cette différence dans ce fait que le chlorhydrate de morphine, actuellement employé est chimiquement débarrassé des impuretés, qui autrefois, lui communiquaient peut-être quelques-uns de ses principes nuisibles. Mais nous pensons maintenant que c'est là un facteur secondaire, et qu'il faut chercher dans le malade lui-même les causes de ce changement.

Néanmoins, si chez quelques morphinomanes privilégiés le poison produit peu de chose, il faut bien avouer que c'est là une petite minorité. Et, nous le répétons, après une

longue intoxication, toutes les fonctions de l'organisme peuvent être touchées.

a. TROUBLES DE LA NUTRITION

C'est d'abord un *amaigrissement* qui arrive parfois à un degré tel que le morphinomane peut perdre en un an, vingt, trente livres et plus, de son poids. Des pesées pratiquées avec soin chez plusieurs de nos morphinomanes nous ont donné sous ce rapport des chiffres invraisemblables. Il n'y a pas à s'étonner du reste, de ce fait, si l'on songe que la tuberculose est quelquefois l'aboutissant des habitudes morphiniques. On a même décrit en Allemagne une *phtisie morphinique* [1], et Zambacco en cite une observation typique [2]. Les cas observés par nous et relatés dans notre mémoire [3] ne mentionnent pas cette combinaison, mais dans plusieurs, la cachexie a été l'aboutissant final, quand les pratiques remontaient trop loin.

Troubles des différents sens. — Hémiplégie et hémi-anesthésie morphiniques. — Les troubles de la sensibilité sensitivo-sensorielle sont quelquefois très accentués, et, sous ce rapport M..., dont nous rapportons l'histoire plus loin, nous en montre un exemple frappant : Tout le côté droit était absolument insensible à la piqûre, et cela depuis qu'il est adonné à la morphine; cette hémi-anesthésie n'était pas accompagnée d'hémiplégie. Les troubles du côté des sens sont parfois très nets. La demi-surdité est fréquente, le goût surtout est émoussé; nous avons connu des morphiniques qui ne trouvaient plus aucune saveur aux aliments qu'on leur offrait. — Remarquons que nous parlons ici uniquement des troubles *sensoriels* et non *psycho-sensoriels*.

Nous avons surtout remarqué du côté de la vision des mo-

[1] Centralblatt, 1876.
[2] *Loc. cit.* p. 623.
[3] Mémoire couronné par l'Académie (déjà cité).

difications intéressantes qui feront l'objet d'un chapitre spécial.

État des réflexes. — Pour ce qui est des réflexes, certains auteurs les prétendent abolis. D'autres, comme Witrowski[1], prétendent qu'ils ne le sont pas[2]. Nous les avons examinés chez plusieurs malades, nous les avons trouvés normaux. — Les tremblements notés, à l'instar des tremblements d'intoxication, ne sont pas aussi constants et aussi accentués que dans l'intoxication alcoolique.

Fonctions digestives. — Si maintenant nous examinons les fonctions digestives, nous trouvons, tout à fait au début, des vomissements qui réapparaissent dans la dernière période de la vie et qui sont les phénomènes qui incommodent le plus les pauvres morphinisés.

La bouche est fréquemment le siège de lésions multiples; en plus, de l'haleine dont la fétidité est absolument caractéristique, il existe des altérations dentaires bien étudiées par Combes[3]. Deux de nos malades, surtout A..., nous ont démontré la vérité de cette assertion : un moment donné, chez cette dernière, toutes les dents étaient ébranlées par suite d'une périostite alvéolo-dentaire. Dès 1877, Gerher avait signalé ces altérations dentaires[4].

La diarrhée également est fréquente — mais on note plutôt des alternatives de diarrhées et de constipation. Les fonctions génito-urinaires sont lésées dans les premiers mois.

[1] Witrowski, *Ueber Wirkùng des Morphïum* (*Arch. f. exp. path.*), 7 septembre, 1877.

[2] Erlenmeyer (*die Morphiumsucht*, 1883), est de cet avis.

[3] Combes, *Comm ac. de médecine.* — *Union méd.*, 7 B., 1885. — Rapp. de Rochard.

[4] Gerher, *Ein Fall von Morphiumsucht* (*Wiener med. Wochenschrift*, 1877).

Il y a d'abord, au début, excitation génitale : « Vous ne vous doutez pas, disait un morphinomane à Notta, du plaisir que l'on éprouve et de l'excitation génésique que produit une piqûre de morphine [1]. » Cette excitation dure peu, elle fait bientôt place à une impuissance presque absolue. Ce fait est signalé par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. En France, Zambacco et Marandon de Montyel y insistent particulièrement. Dans *toutes* les observations que nous avons recueillies, la diminution de l'activité génésique ou l'impuissance, sont notées.

Troubles utérins. — Menstruation. — D'autres phénomènes importants se montrent du côté de la menstruation chez la femme : à ce point de vue, on peut établir *presque* comme constant que, au bout d'un an de pratique morphinique, les *règles sont supprimées.* C'est là une preuve des désordres que la morphine cause dans toutes les fonctions.

Gestation. — Quant à la gestation, la morphine ne paraît pas avoir l'influence néfaste qu'on s'attend à lui trouver sur le fœtus. Féré [2] cite le cas d'une morphinique qui amena son enfant à terme. — Ce fait, du reste, avait été signalé longtemps avant Féré. — Braithwaite, en 1878 [3], cite le cas d'une femme, morphinomane depuis sept ans, qui met au monde un enfant viable. — Cependant Grenser, cité par Fiedler (*Loc. cit.*) relate l'observation d'une morphinomane qui eut, en plein cours d'intoxication, deux enfants viables ; mais le premier mourut au bout de douze jours, le deuxième mourut le qua-

[1] Notta, *Arch. de méd.*, 1884, p. 397.

[2] Feré, Comm. à la Soc. de Biolog. *De la morphinom. au point de vue de la grossesse, et de la vie du fœtus* (*Semaine méd.*), p. 294, 1883

[3] Braitwaite, *A Case, in wicht the hypodermique injection of morphia Lancet,* 1878. Décembre, p. 874.

torzième jour, d'entérite. — Kormann [1] dès 1878, avait cité un cas pareil. Nous-même, nous avons observé deux grossesses absolument normales que nous n'avons pu suivre.

Morphinisme des nouveaux-nés. — Même état de besoin que l'adulte.—Disons incidemment que le morphinisme, chose incroyable, a été signalé chez les nouveaux-nés. Nous n'avons pas de fait personnel à l'appui d'une pareille assertion. Mais en Amérique, en Allemagne, nous avons dans nos recherches trouvé le fait relaté par plusieurs auteurs. Little [2] cite le cas d'un enfant de huit mois morphinisé à la suite d'une arthrite suppurée. Il avait commencé à l'âge de trois semaines, par l'acétate de morphine (60 grammesde solut. de morphine de Magendie). — Il fut guéri par la suppression brusque.

Winkel cité par Fiedler [3] relate le fait d'un enfant nouveau-né, fils d'une femme morphinomane (femme d'un médecin), qui avait été rendu morphinomane par sa mère. Ayant tenté de lui supprimer sa morphine, il faillit mourir ; une forte dose d'opium put seul le ramener.

Dans le cas de Féré cité plus haut, ce qui fait l'intérêt de la communication, c'est la morphinisation de l'enfant dans le sein de sa mère : après l'accouchement, par suite de la suppression morphinique, le petit être est en proie à de l'agitation, et, il reste 60 heures sans sommeil. Il y a bien dans ces faits un exemple de la façon dont on devient morphinomane par *besoin vital*: la morphine devient un aliment nécessaire au même titre et plus que le lait, le pain. Cette assertion est d'autant plus vraie que cet état *de besoin*

[1] Kormann, *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 30, 31, 1877 : naissance d'un enfant sain et vivant chez une morphinique.

[2] Little, *New-Yorck, med. Record*, XIII, 26, Jame, 1878, p. 518.

[3] Fedler, *Hebert chronische morphinis Intoxicationem. In der gesellscrift aft für nalin...* 8 *Janaur* 1876.

morphinique des nouveaux-nés est signalé à maintes reprises dans les auteurs. En dehors des auteurs précédents Cripps Lawrence (1884)[1], et d'autres, en donnent des observations convaincantes. — Le même fait a été récemment constaté pour la cocainomanie, par Haupt[2].

Fièvre. — On a signalé, Levinstein le premier, une fièvre à caractère particulier dans le morphinisme. Il en décrit trois variétés : tantôt c'est une fièvre *intermittente*, tantôt *tierce*, tantôt *quotidienne*.

D'autres fois elle est rémittente avec élévation de température dans la soirée ; quelquefois elle présenterait les caractères de la fièvre typhoïde ; la température ne dépasse guère alors 38°, 3.

Cette fièvre existe réellement, mais surtout dans le morphinisme avancé ; et c'est bien plutôt une fièvre hectique qui rappelle la fièvre des phtisiques.

Ce qu'il ne faut pas omettre de signaler ici, c'est l'influence de la morphinomanie sur la production de maladies nouvelles.

Cette influence a été mise en lumière par M. Verneuil dont « le nom est lié à tous les travaux relatifs à l'influence des diathèses sur les traumatismes, et qui a fait avec tant de talent la médecine de la chirurgie ». Au Congrès de la Rochelle[3], il démontra que sous ce rapport le morphinomane se rapprochait des autres intoxications, et de l'alcoolisme en particulier. — L. H. Petit[4], mit surtout en relief l'influence des accidents et des traumatismes.

[1] Lawrence, *loc. cit.*

[2] Haupt, *Deutsche med. Zeitung :* 1886. Cocaïnomanie d'un nouveau-né.

[3] Verneuil, Congrès de la Rochelle, 81.

[4] L. H. Petit, *Bulletin de thérapeutique*, 1879, t. XVII, p. 119, 171, 212.

Abcès morphiniques. — Quelques accidents, il est vrai, tels que abcès, phlegmons même, peuvent être causés par la piqûre faite avec une aiguille malpropre. Constantin Paul, Desnos, Verneuil, Petit, Rigal, Siredey, Trélat et bien d'autres ont signalé des faits de ce genre. — Et dans toutes les observations de morphinomanie que nous donnerons dans le courant de notre mémoire, on trouvera des faits analogues. De la multiplicité des abcès, il résulte même quequefois, comme chez l'un de nos malades, une véritable peau tatouée absolument caractéristique.

Mais souvent aussi le mauvais état général seul suffit, pour provoquer la naissance d'un phlegmon en dehors de toute piqûre. Trélat en dehors même des régions, sièges ordinaires des piqûres, signale des cas de phelgmons graves [1]. On voit dans l'observation d'un de nos malades un fait de ce genre.

Ce que nous voulons surtout signaler dans cet ordre d'idées, c'est l'influence pernicieuse dc l'intoxication morphinique sur l'origine et sur la gravité de l'affection aiguë intercurrente. On verra, en effet, le Docteur X... dont nous donnerons l'observation plus loin, contracter une pleuro-pneumonie qui revêt tout de suite une gravité exceptionnelle et qui se terminera par la mort.

Les abcès sont une des complications les plus fréquentes de la passion morphinique, et celle qui cause le plus d'ennuis aux malheureux morphinomanes. C'est un accident, dans tous les cas, que nous n'avons jamais vu manquer parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies. Mais, à ce point de vue, on peut dire qu'il y a des prédispositions tout à fait spéciales, qui ne sont nullement en rapport avec la faiblesse naturelle des sujets. — Nous avons connu une morphinomane, qui, pendant trois ans qu'a duré son intoxication avait eu 154 abcès de toutes dimensions, et sur

[1] Trélat, *Bulletin général de thérapeutique.*

les différentes parties du corps au point que chez elle la peau était devenue une vaste cicatrice. — Nous avons eu l'occasion de recueillir à ce sujet plusieurs photographies intéressantes : En pareil cas la peau est absolument tatouée de pigmentations caractéristiques qu'on sait reconnaître avec un peu d'habitude, et qui se différentient, très nettement de toutes les pigmentations pathologiques.

L'intérêt que présentent ces tatouages, n'est pas du reste banal ; ils présentent quelquefois une grande importance médico-légale, et il importe à tous leurs degrés, de ne les confondre ni avec des pigmentations physiologiques congénitales, ni avec des pigmentations accidentelles, ni avec des cicatrices chirurgicales. Leur reconnaissance peut quelquefois mettre le praticien sur la piste du diagnostic, ou éclairer le médecin légiste dans son expertise.

Comme nous le disions tout à l'heure les abcès morphiniques peuvent acquérir toutes les dimensions depuis le simple furoncle, jusqu'au phlegmon diffus très grave. Nous avons soigné une morphinomane, d'une santé très solide, et chez qui les pratiques morphiniques avaient laissé peu de traces au point de vue des troubles de la nutrition qui nous occupent en ce moment ; et cependant il ne se passait pas de semaine sans que nous fussions appelé à lui ouvrir un de ces abcès dont nous avons parlé. A différentes reprises, la violence de la suppuration fut telle qu'elle dut prendre le lit, affaiblie par une fièvre très forte (39° 5 — 110 pulsations en moyenne). Un jour même elle eut le bras entier envahi par un véritable phlegmon diffus, bien que le bras fût la seule région indemne de piqûres. Le membre entier était triplé de volume, et l'inquiétude fut telle dans son entourage, qu'on crut sa vie en danger. Et sans deux larges incisions qui donnèrent une très grande quantité de pus, le drainage de la plaie, et les soins antiseptiques consécutifs, je ne sais trop en réalité ce qui serait advenu. — Nous avons eu occasion de soigner beaucoup de ces abcès, et nous avons

presque toujours été frappé de la facilité que ces abcès, à l'encontre des abcès ordinaires, ont à récidiver sur place : on ouvre largement un abcès moyen, sans prendre la précaution jugée inutile de le draîner; on est surpris le lendemain de le voir reformé, et d'être forcé de renouveler l'incision.

En général les abcès morphiniques suppurent plus longtemps que les autres, guérissent plus difficilement, et demandent beaucoup plus de petits soins. — Sur les conseils d'un jeune médecin morphinomane lui-même, nous nous trouvons très bien de la pratique suivante, pour les petits abcès, qui sont de beaucoup les plus fréquents : par une petite incision, on passe un fil de chanvre qui, véritable séton, traverse la peau dans un autre endroit. Ces petits moyens suffisent généralement.

Quant au siège des piqûres il est des plus variables. Parmi les nombreux morphinomanes qu'il nous a été donné d'observer, nous n'avons trouvé aucun siège de prédilection. On peut dire cependant qu'en général les femmes ne se piquent pas dans les mêmes régions: guidées par l'instinct de la coquetterie, à l'encontre des hommes, elles recherchent plutôt pour se pratiquer leurs injections, les endroits du corps, qui cachent à tous les yeux les stigmates morphiniques; elles ont alors recours à des régions, qui, à la première réflexion, sembleraient inaccessibles à la malade elle-même.

C'est ainsi que deux malades que nous avons soignées, ne portaient, à première vue, aucune apparence de piqûre sur le corps; et cependant l'une d'elles absorbait 50 centigrammes de poison, et l'autre, deux grammes par jour: ce n'est que sur leurs indications que nous sommes arrivé à découvrir l'emplacement de leurs injections. Toutes deux se les pratiquaient *depuis quatre ans à la région lombaire* Toutes deux étaient parvenues à acquérir une habileté manuelle extraordinaire pour cette petite opération, rendue, on le conçoit, très difficile par le choix de la place. Une autre,

jeune ouvrière, se pratiquait ses piqûres uniquement *sur les seins* autour du mamelon. La plupart des femmes que nous avons connues se les faisaient à la face externe des cuisses; ce n'est guères qu'après de longues pratiques, que leur passion l'emportant sur leur coquetterie, elle arrivent à se piquer aux avant-bras.

A ce point de vue, nous avons recherché sur les cent et quelque cas recueillis par nous, les régions adoptées par les différents morphinomanes comme lieux d'élections. Nous donnons ici pour l'édification de nos lecteurs le résultat de ces recherches, qui peuvent avoir quelque intérêt dans des expertises judiciaires :

30 malades se pratiquaient leurs injections indistinctement aux cuisses (face externe), et aux avant-bras (face postérieure);
11 exclusivement aux avant-bras;
25 aux cuisses;
7 à la poitrine;
7 à l'abdomen;
4 aux jambes;
3 aux bras;
2 à la région lombaire;
1 à la nuque;
2 aux seins (région mammaire). (Ces deux cas concernent deux jeunes ouvrières, qui se pratiquaient leurs injections autour du mamelon);
1 dans la veine médiane basilique.

Le malade dont il s'agit ici, présentait d'autres particularités intéressantes, et nous avons donné son observation au chapitre suivant.

Nous ne croyons mieux faire maintenant, pour résumer tous les *troubles de nutrition* que nous venons d'étudier,

que de donner *in extenso* l'observation d'un jeune médecin que nous avons connu, et qui paraît les avoir présentés tous, et à un degré tel, qu'il est mort emporté par la *cachexie morphinique.*

Morphinisme avec troubles de la nutrition. — Doses très élevées absorbées. — Mort par cachexie morphinique après 7 ans de pratique [1]. — Le docteur X..., que j'avais très peu connu jusqu'alors, me fit appeler en 1878, pour une fièvre muqueuse légère. C'est à ce moment que je pus, pour la première fois, étudier le caractère et les tendances de ce pauvre garçon, que la morphinomanie devait emporter misérablement quelques années plus tard.

X... était fils unique. — Son père avait occupé des fonctions importantes et passait pour assez bien équilibré ; il mourut jeune dans un accident de chasse, laissant son fils en bas âge. Le bruit courut à cette époque que sa mort n'avait point été accidentelle, mais que M. X..., miné par des chagrins domestiques, avait volontairement mis fin à ses jours. — Le fait est probable.

La mère vit encore; c'est une femme intelligente et bonne même, mais elle n'a jamais su exercer l'influence morale nécessaire sur son fils, et tout jeune, X... fut livré à ses instincts, ne faisant aucun cas de remontrances insuffisantes, agissant à sa guise, travaillant à ses heures, apprenant facilement, mais très irrégulier dans sa conduite, se moquant de tout, narguant sa mère et la traitant souvent d'une façon qui faisait l'indignation de ses camarades. — Ses études classiques terminées, il étudia la médecine et se fit remarquer bien plus par l'excentricité de ses costumes et ses irrégularités, que par sa conduite à l'hôpital ; il s'affichait avec des

[1] Nous avons beaucoup connu personnellement le malheureux X... — Mais nous l'avions perdu de vue pendant quelque temps. Nous devons les détails qui vont suivre à notre ancien maître et ami, le Dr Poisson, professeur à l'École de médecine de Nantes, qui l'a aussi connu et soigné pendant son long suicide (7 années), et que nous ne saurions trop remercier d'avoir bien voulu rédiger pour nous, les pages émouvantes qu'on va lire. Georges Pichon.

maîtresses, fréquentait les cafés, et avait à cette époque, la réputation d'un bizarre.

Vers la fin de ses études, X... fit un voyage en Orient avec un personnage qui parut exercer sur lui l'action la plus démoralisatrice, et revint plus irrégulier que jamais en France. — Il se fit néanmoins, grâce à de réelles facilités de mémoire et d'intelligence, recevoir docteur en médecine et vint exercer en province.

Il parut en ce moment, prendre des résolutions sérieuses, se mit au travail, ébaucha un rudiment de clientèle; un beau jour il repartit pour Paris avec une femme qui, lassée de ses scènes de jalousie, l'y abandonna.

De retour en province, il tomba malade de cette fièvre muqueuse légère pour laquelle je le soignais. — A partir de ce moment, il recommença cette vie de bohème pour laquelle il semblait né, désertant la maison maternelle qui lui était largement ouverte, se lassant même de son appartement particulier confortable, pour aller habiter une chambre unique dans une maison mal famée, se levant tard pour tuer e temps, disait-il, passant le temps dans les brasseries sans y nouer de relations, et sans parler même à personne, fumant dans un coin toute la journée, rôdant le soir sous les fenêtres d'une fille qui se moquait de lui, et refusait de l'épouser, malgré des propositions sérieuses qui faisaient le désespoir de sa mère.

X... m'avait été reconnaissant des soins que je lui avais donnés, et quand je le rencontrais dans la rue, pâle et défait par la vie de noctambule qu'il menait, il ne manquait jamais de venir me serrer la main ; je le sollicitais bien souvent de reprendre l'exercice de la médecine, de voyager, d'accepter une situation quelconque, de rompre avec cette existence désastreuse, mais il me répondait invariablement qu'il était las de la vie, de la médecine, de la province, qu'il se tuerait quelque jour en se faisant sauter la cervelle ; il portait toujours sur lui un révolver chargé, dans les poches d'une pelisse fourrée qu'il ne quittait guère qu'en plein été, car il était extrêmement frileux, et pour cette autre raison, peut-être, qu'elle cachait le désordre de ses vêtements.

A côté de cela, X... avait de bons côtés ; je ne sache pas que personne ait eu à se plaindre de sa délicatesse et de sa

loyauté ; il était tout prêt à rendre service, il buvait avec une extrême modération, le vin même lui faisait mal, et sa sobriété ne s'est jamais démentie. — Les ambitions des autres, les intrigues, les bassesses l'indignaient, et sa misanthropie l'avait peu à peu éloigné de tout le monde.

Je l'avais perdu de vue, quand, vers le milieu de 1881, je fus appelé en toute hâte chez sa mère où il venait de tomber sans connaissance.

Je le trouvai étendu sur une chaise-longue, défait et sortant à peine d'un état syncopal. — Quand il me reconnut, il tira de sa poche une seringue de Pravaz et une solution de morphine et me pria de lui en injecter 3 ou 4 grammes : « Soyez sans crainte, me dit-il, c'est une vieille habitude, quand je vais être un peu remis, je vais tout vous raconter. » — J'avais, en effet, déjà entendu dire qu'il abusait de la morphine et j'obéis à son désir. Au bout d'un quart d'heure il put s'asseoir et se mit à causer : « Vous m'avez tiré d'affaire, fit-il ; je croyais pouvoir arriver jusqu'ici et me servir ma ration ordinaire, mais j'ai trop attendu, et quand un morphinomane attend trop son poison, il est pris de faiblesse et de syncope — cela m'est déjà arrivé plusieurs fois pour une seringue cassée ou pour toute autre cause. —.....Avez-vous déjà soigné un morphinomane ? Je suis un beau cas, et si cela peut vous faire plaisir, je vous donnerai le carnet où sont notées jour par jour les doses progressives que j'ai dû m'injecter. ..... Il y a un an que j'ai commencé par 1 centigramme, une bagatelle, à propos de rien, pour voir l'effet que cela me produirait et si la vie serait moins longue par ce moyen. Quand je m'éveillais le matin, j'éprouvais un tel dégoût de vivre, un tel ennui, que je m'habituai bien vite à cette bienheureuse injection qui m'assoupissait pour plusieurs heures et me permettait de rester au lit jusqu'à dix ou onze heures ; mais il faut augmenter les doses et je suis bien loin du centigramme initial. — Désirez-vous savoir combien vous venez de m'injecter ? environ 0,75 centigrammes. Tenez, regardez, ma solution dépose à force d'être concentrée ; je suis obligé de la faire chauffer pour lui rendre une certaine limpidité ; c'est la mort des seringues et on devrait bien perfectionner cet instrument. — Et puis c'est très douloureux. » Tout en parlant il relevait ses manches, et me montrait ses bras lardés de cicatrices.

« Un de mes ennuis, continua-t-il, c'est que cela provoque quelquefois de la suppuration, mais je suis devenu très habile dans la façon de soigner ces petits abcès ; le meilleur moyen consiste à passer un fil qui fait séton pendant vingt-quatre heures. — On peut alors le retirer et l'abcès est presque guéri ; ils ne sont guère douloureux que pendant vingt-quatre heures ; une fois l'écoulement du pus établi, ils cessent de l'être. Je prends pourtant bien des précautions, et par la même piqûre, j'injecte 4 ou 5 grammes de la solution, mais comme il me faut recommencer huit ou dix fois par jour et que toutes les régions ne me sont pas accessibles, je suis parfois embarrassé où piquer. — Quant à la quantité quotidienne que je m'injecte en ce moment-ci, elle est de 4 grammes, une véritable dépense pour ma pauvre bourse ; il est vrai que je me rattrape, je ne déjeune plus, je fais une promenade, je dîne très légèrement, car rien ne coupe l'appétit comme la morphine, je me promène jusqu'à minuit, ou je vais au café et je me recouche ; la vie paraît ainsi beaucoup plus courte... Oh ! je sais très bien ce que vous allez me prêcher, que c'est de la folie, du suicide, etc. De la folie, non, je ne suis pas fou. — Du suicide, peut-être ! Il serait plus raisonnable de me tuer d'une balle, mais je n'en ai pas l'énergie, et puis se manquer, j'aime mieux mon moyen, je m'en vais comme cela tout doucement, ou bien enlevé par quelque maladie intercurrente. Sur ce, je vous remercie du service que vous m'avez rendu, me voilà tout regaillardi par vos injections. — Ne cherchez pas à me faire de la morale, je ne vous écouterai pas. »

En le quittant, je me rendis chez le pharmacien où je le voyais entrer souvent et qui devait lui vendre sa morphine. Il me confirma les faits que X... venait de me révéler. A court d'argent, X... lui prenait au jour le jour depuis un an, des doses énormes de morphine ; il avait essayé de le détourner de cette déplorable manie, il avait échoué comme tout le monde. — Une fois pourtant, il avait refusé catégoriquement de lui faire cette vente, à laquelle sa conscience répugnait. X... était alors allé de pharmacie en pharmacie se faire livrer les doses qui lui étaient nécessaires, et sa qualité de médecin rendait un refus très difficile. — Ou bien quand il disposait d'une petite somme, il en faisait venir d'une maison de droguerie de Paris.

J'ai revu le pharmacien qui a été son principal fournisseur et j'ai pu consulter ses livres. En l'absence du fameux carnet dont j'avais eu le tort de n'avoir pas accepté séance tenante et qui fut brûlé après sa mort, j'avais besoin de cette constatation pour ne rien affirmer dont je ne fusse certain. — *La dose de 4 grammes a été largement dépassée*, et à différentes reprises, *j'ai pu trouver le chiffre énorme de 9 grammes* par jour dans le courant de 1884.

Vers la fin de cette même année, X... que sa famille et ses rares amis sollicitaient d'entrer dans une maison de santé, parut faire un effort pour se corriger, et un jour il m'aborda pour me faire part qu'il était tombé à 1 gr. 50 ou 2 grammes.

Cela ne dura pas, et sans revenir à la dose maxima, il se maintint bientôt à 3 ou 4 grammes.

Le pharmacien me racontait qu'à certains jours, le pauvre garçon sans argent (il donnait tout à une maîtresse) venait le supplier de lui avancer de la morphine ; il cédait, et sitôt qu'il avait quelques fonds, X... venait le rembourser.

Au mois de juillet 1885, je reçus de lui un mot écrit d'une main tremblante. Il me priait de l'aller voir dans la chambre qu'il habitait.

Je m'y rendis aussitôt, et je le trouvai couché sur le côté gauche, poussant un cri de douleur au moindre mouvement, la respiration anxieuse, couvert de sueur, dans un état indescriptible de fièvre et de souffrance. Il m'expliqua tant bien que mal ce qui s'était passé. Son existence avait continué à être ce qu'il m'en avait raconté ; mais depuis quelque temps, il avait perdu complètement l'appétit et il se sentait très fatigué. L'avant-veille vers minuit, il avait été surpris par une averse, et il s'était réfugié sous une porte-cochère; mais il avait senti qu'il prenait froid, et il était rentré chez lui en frissonnant. La nuit avait été mauvaise et il n'avait pas eu la force de se lever le lendemain. Ce jour-là il était survenu un grand frisson puis des douleurs intolérables dans le côté droit du thorax ; ces douleurs et la fièvre avaient été en augmentant, et n'en pouvant plus il m'avait envoyé chercher. — Je l'auscultai, il avait une pleuro-pneumonie très étendue. — Je lui mis un vésicatoire dans l'espoir de calmer sa dou-

leur pleurale, et je m'adjoignis un confrère, car la situation me semblait grave.

Tout parut aller bien les premiers jours, les douleurs se calmèrent, la fièvre restait modérée, mais X... refusait de prendre les toniques que nous lui conseillions et semblait dans un état d'adynamie profond.

Au moment où il était tombé malade, il croyait prendre environ 3 grammes de morphine par jour; en réalité, la quantité était moindre; il avait prié depuis quelques mois le pharmacien de le tromper peu à peu sur la concentration de la solution, et la dose absorbée n'était guère que de 1 gr. 75 à 2 grammes. — En revanche, il prenait depuis plusieurs mois 8 grammes de chloral par jour. — Au dixième jour de la maladie l'épanchement n'était pas en somme considérable, mais l'état général restait sérieux; nous nous étions retirés, mon confrère et moi, nous demandant s'il n'y avait pas de tuberculose derrière cet épanchement et comment tout cela finirait.

Je l'avais quitté depuis quelques heures quand je fus rappelé en toute hâte. — Je ne pus répondre à cet appel qu'une ou deux heures plus tard; sitôt que je me rendis chez lui, je trouvai la porte ouverte, la chambre déserte et son lit vide. — Les voisins me racontèrent que se sentant plus mal, il avait exigé que l'on allât chercher une voiture et qu'on le transportât chez sa mère où il voulait mourir.

Je courus chez Mme X... et je trouvai la pauvre femme en pleurs auprès de son fils mort depuis quelques instants; il avait eu dans le trajet une série de syncopes, et à peine couché dans son lit, il avait succombé.

Telle est l'observation de ce malheureux, que nous avons donnée sans y rien changer. Nous avons tenu, contre notre coutume, à la transcrire complètement, parce qu'elle nous semble à elle seule résumer assez fidèlement les *troubles ordinaires de la nutrition*, et l'évolution habituelle du morphinisme quand l'intoxication est poussée jusqu'à ses dernières limites.

La *circulation* est quelquefois gravement atteinte par l'usage prolongé de la morphine.

Nous avons déjà vu plus haut que Levinstein a signalé dans le cours de cette affection une fièvre spéciale, revêtant soi la forme *rémittente*, soit la fièvre *tierce*, soit la fièvre *quarte*. — Quant à nous, nous n'avons jamais observé rien de semblable, car la fièvre hectique qui, très rarement du reste, s'empare du morphinomane avancé, n'a aucun des caractères énoncés par le médecin allemand. Aussi n'admettons-nous pas la fièvre morphinique décrite par quelques auteurs.

Mais certains phénomènes se manifestent dans un autre ordre d'idées du côté de la circulation et qui jettent un certain jour sur quelques accidents dus à la morphine. Nous voulons parler des *rougeurs* subites qui, par intervalles, envahissent les joues des malades. Et ici, il ne s'agit pas seulement, bien entendu, des troubles circulatoires légers qui suivent immédiatement la piqûre, et qui disparaissent aussitôt. — Il ne s'agit pas non plus des rougeurs instantanées, qui traduisent la pénétration du stimulant dans une petite veine ; en pareil cas, les rougeurs s'accompagnent aussi d'un éblouissement, d'un vertige, qui peut amener la chute, mais qui n'a pas la gravité, comme nous le verrons, qu'on lui a attribuée. Nous faisons allusion en ce moment, aux phénomènes sympathiques, qui se produisent en dehors des piqûres, longtemps même quelquefois après l'injection : les pommettes se colorent alors rapidement et au point de devenir cyanosées. Cette coloration persiste quelquefois assez longtemps, et contraste chez les intoxiqués de vieille date, avec la blancheur des téguments. Ce symptôme nous a plusieurs fois mis sur la trace du diagnostic, chez des malades qui ne nous parlaient pas de leur pratique ; et nous croyons qu'il y a là, en l'absence si fréquente de renseignements surtout, un indice de quelque valeur dont il faut tenir compte.

b. Troubles de la circulation.

La nutrition n'est pas la seule fonction compromise dans le morphinisme.

Température axillaire. — Quant à la *température axillaire*, nous avons fait à son sujet des recherches qui sont presque toujours restée négatives. Immédiatement après la piqûre, il y a bien une hyperthermie légère (38°5 à 39°), mais outre que cette élévation de température ne dure que quelques secondes, elle tend à disparaître chez les vieux morphiniques. Pour ce qui est de la température, dans le cours régulier du morphinisme, elle ne présente absolument rien de particulier.

Modididifications du côté du pouls. — Il n'en est pas de même des caractères, fournis par le pouls, caractères, qui, grâce à des recherches toutes récentes jettent un jour lumineux et sur le diagnostic, et sur le traitement.

Ce n'est pas que le pouls du morphinisé présente par lui-même au doigt qui l'explore des renseignements importants. De ce côté, faute de délicatesse suffisante on n'a rien trouvé. Mais n'y a-t-il pas pour suppléer à cette insuffisance du toucher, un appareil enregistreur, le sphygmographe, qui analyse les plus petites anomalies artérielles? Aussi est-ce là que se sont tournées les expériences dont nous parlons, et auxquelles nous avons eu la bonne fortune d'assister. — Elles ont eu lieu dans le service de la Clinique de la Faculté, à l'asile Sainte-Anne, alors que nous remplissions dans ces salles les fonctions de Chef de Clinique.

Ces expériences sont dues au Dr O. Jennings, attaché au laboratoire de M. le Professeur Ball, et dont les recherches ont porté sur les nombreux morphinomanes, qui fré-

quentaient à ce moment, le service de la Clinique. Le sphygmographe employé, *il importe de le dire dès à présent*, fut l'appareil anglais de Dudgeon, dont les courbes n'ont rien de comparable à celles du sphygmographe de Marey.

Avant d'arriver à un résultat précis, M. Jennings a pris un grand nombre de tracés sur différents malades et dans les différents états du morphinisme. (État de besoin. Puissance morphinique. État intervallaire. État normal).

Voici les conclusions résumées de ses expérimentations qui ont été lues à l'Académie de médecine par M. le professeur Ball[1] :

Au moment de l'*État de besoin*, la couche sphygmographique présente un *plateau* correspondant à la systole, et qui ressemble dans une certaine mesure au tracé que l'on obtient dans certains cas de néphrite chronique, dans les anévrysmes du tronc brachio-céphalique, et dans d'autres maladies.

A ce moment, en effet, il y a rupture d'équilibre, entre l'impulsion cardiaque et la résistance vasculaire. Les tissus sont en état d'anémie par défaut, et les centres nerveux sont les premiers à souffrir de cet état de choses. Voilà pourquoi le morphinomane, en état d'anémie centrale, souffre d'une agitation qui répond à l'anémie. En même temps, il se sent défaillir et toutes les actions vitales semblent suspendues chez lui.

A ce moment le malade se fait une piqûre.

Quelques instants après, il entre en état de satisfaction. La résistance périphérique est vaincue, le cœur triomphe sur toute la ligne, les tissus entrent en état de turgescence vitale, les fonctions se rétablissent, et tout malaise disparaît.

[1] Séance du 25 mars 1887, O. Jennings, *Le pouls chez les morphinomanes*. Baillière, édit.

Le pouls se relève immédiatement, la transformation s'est opérée. Le tracé indique la *disparition du plateau*, et la couche a presque repris l'état de la circulation normale, sauf un léger aplatissement, à la fin de la systole, qui indique un léger degré de tension artérielle

Nous avons contrôlé à plusieurs reprises ces savantes recherches. Nous avons pris un très grand nombre de tracés, et nous sommes arrivé aux mêmes résultats : En voici deux.

Diagnostic de la supercherie. — On comprend de suite les conséquences pratiques importantes, qui découlent de cette découverte physiologique :

En l'absence du contrôle absolument insuffisant donné par l'analyse des urines, l'examen du tracé sphygmographique décèlera souvent la supercherie dans le cours de la suppression ; si on n'obtient pas dans un cas douteux le *plateau* de l'état de besoin, nulle hésitation, le malade prend de la morphine en cachette.

Mais ce n'est pas tout, cette découverte a été le pivot d'un *traitement physiologique* qui paraît avoir donné, comme nous le verrons au chapitre du traitement, de très bons résultats :

En effet, dès que l'état de besoin se manifeste, il s'agit de trouver un médicament (tonique cardiaque) capable de suppléer la morphine enlevée, et de réveiller la circulation cardiaque.

Après de nombreux essais, le docteur O. Jennings, a trouvé que les tracés sphygmographiques, après l'emploi de la nitro-glycérine, et du sulfate de spartéine, donnent les mêmes résultats que la piqûre de morphine. — Le problème était résolu physiologiquement, et chimiquement. — Il donna devant nous plusieurs fois d'excellents résultats.

Il résulte donc, des les découvertes physiologiques du Dr O Jennings, des conséquences pratiques extrêmement in-

téressantes au double point de vue du diagnostic et du traitement [1].

Ces résultats pratiques ressortiront plus clairement encore, lorsqu'on pourra comparer ces différents tracés, avec le tracé normal.

Du reste nous reviendrons brièvement sur quelques-uns de ces tracés au chapitre du traitement.

Piqûres des vaisseaux. — Il reste encore avant d'abandonner les troubles de la circulation, à étudier les accidents qui se rattachent aux piqûres des vaisseaux.

Dans les débuts, alors qu'on venait à peine de donner les premières descriptions de la maladie, on regardait cet accident, comme un accident des plus graves. Et, sans parler du vice morphinique, dans le simple emploi des injections de morphine, on prenait des précautions infinies pour pratiquer les injections hypodermiques. On enseignait même, afin d'éviter l'entrée de l'air et des substances toxiques dans les veines, d'enfoncer d'abord l'aiguille dans les tissus, et d'attendre quelques instants pour voir s'il n'en sortirait pas quelques gouttes de sang, auquel cas on s'abstenait.

Pour ce qui est du morphinisme, on peut lire dans les auteurs spéciaux, les mesures à prendre pour ne pas piquer les artères ou les veines, et les accidents qui en découlent. En France, les premiers auteurs qui se sont occupés de la question, Chouppe, Lancereaux [2], au point de vue clinique, insistent sur ces dangers, avec observations à l'appui, et citent dans cet ordre d'idées, des accidents regrettables dus à l'imprudence. Au point de vue physiologique, Laborde a même fait des expériences sur les animaux, desquelles il conclue

[1] Voir à ce propos O. Jennings : *La morphinomanie et son traitement*. Broch. de 27 p. in *Encéphale*, et la *France médicale*, mars (1887).

[1] *Oper. cit.*

qu'un centigramme dans ces conditions, peut donner la mort.

Loin de nous l'idée de médire sur ces conseils, sur ces mesures de prudence. Dans cet ordre d'idées, comme dans tout ce qui regarde le traitement de la morphinomanie, nous ne saurions au contraire recommander de trop grandes précautions. Du reste, nous aussi, nous avons autrefois publié des faits de cet ordre.

Nous voulons simplement, faire ici quelques réserves sur les dangers que font courir les piqûres de vaisseaux, qu'on a un peu exagérés selon nous. Nous nous appuyons pour exprimer cette opinion, non pas sur un seul exemple, mais sur un nombre respectable de faits probants. Nous ne pouvons surtout résister au désir de publier ici le résumé d'une observation, qui à ce point de vue, nous paraît très concluante, aussi bien par ses détails qu'en raison de la condition du malade.

Car il ne faut pas perdre de vue qu'à un moment donné de son intoxication, le morphinique n'a plus qu'un objectif, *se refaire une virginité morphinique*. Or la *piqûre des veines* est un moyen auquel il a recours pour arriver à ce but, ainsi que la *compression du membre suivi de sa décompression graduelle* :

Morphinisme. — Injections intra-veineuses. — Il s'agit d'un jeune homme de 30 ans, étudiant en médecine qui depuis quatre ans absorbe journellement des doses considérables de morphine. Le morphinisme a ici une origine exclusivement thérapeutique (Rhumatisme).

Pendant longtemps, près de trois ans, X..., s'injectait par jour un gramme de poison dans le tissu cellulaire sous-cutané, non sans avoir essayé, à plusieurs reprises de se guérir. Et chose curieuse, à l'encontre des autres observations où le mouvement, l'exercice facilitent la suppression du stimulant, notre morphinomane restait au lit pendant ses tentatives de suppression ; il trouvait qu'alité il supportait bien

plus aisément la diminution de sa morphine, ce qui est absolument contraire à la règle.

Mais toutes ces tentatives furent inutiles. Et désormais X..., ne songeait plus qu'à une chose, se morphiniser au meilleur compte possible. Lorsqu'un jour, en se pratiquant son injection ordinaire à l'avant-bras, notre étudiant au bout de quelques secondes sentit une sensation d'éblouissement et de bien-être tout à la fois. Il comprit alors qu'il s'était piqué une veinule.

Aussi ce fut pour lui une révélation : il entrevit tout de suite une source très sérieuse d'économie. X..., ne voulait pas songer à se guérir, et d'autres parts, la morphine coûtait cher. Un raisonnement bien simple se fit à ce moment dans son esprit : une simple piqûre d'une seringue lui avait procuré une sensation de bien-être beaucoup plus forte que celle qu'il ressentait avec trois fois plus de morphine. En se pratiquant ses injections dans les veines, il aurait donc besoin de trois fois moins de stimulant, sans parler de l'impression bien plus forte qu'il en ressentirait. Son parti fut pris immédiatement.

A partir de ce moment, sans songer aux dangers graves que de pareilles pratiques, pouvaient lui faire courir, il se pratiqua toutes ses injections journalières *exclusivement* dans les veines :

Depuis plus d'un an, il se pratique 30 *centigrammes par jour dans la veine médiane, au pli du coude.* — Nous n'aurions pas cru ce fait, si nous n'avions vu la cicatrice de nos yeux, et si nous n'avions vu X..., se pratiquer ses injections intra-veineuses.

Cette observation n'infirme nullement les faits cliniques de Lancereaux et les expériences de Laborde. Il reste toujours vrai que chez un sujet qui n'est pas *en accoutumance* de morphine, l'injection intra-veineuse peut être un accident grave. — Mais on a exagéré la gravité de ces phénomènes chez les morphinomanes, c'est-à-dire, chez des malades *habitués*, et l'observation que nous venons de donner en est une preuve décisive. C'est tout ce que nous voulions démontrer.

c. Troubles du coté des organes génitaux-urinaires

Dans la sphère génitale, la morphinomanie produit des phénomènes, sinon graves, du moins qui ne laissent pas d'affecter profondément ceux qui en sont atteints. Et, comme tous les accidents de cet ordre, ils entraînent quelquefois avec eux une véritable hypochondrie.

Anaphrodisie morphinique. — C'est là un fait sur lequel les auteurs sont loin d'être en parfait accord. Notta admet bien que le morphinisme chronique amène la frigidité, mais il affirme qu'au début, les morphiniques assistent à une véritable résurrection de leur sens génésique Et il cite à ce propos l'exemple d'une femme du demi-monde qui vantait bien haut les vertus aphrodisiaques qu'elle devait à la morphine [1]. M. Garnier est du même avis.

Quelques auteurs dont il serait trop long de donner des extraits, vont même jusqu'à prétendre, qu'à toutes ses périodes, le morphinisme développe, ou tout au moins maintient la puissance sexuelle.

Quant à nous, nous avons une opinion formelle sur ce sujet que nous ne craignons pas d'affirmer absolument ; et à ce point de vue nous distinguerons l'intoxication aiguë ou mieux le simple usage de la morphine et l'intoxication chronique :

I. — Il est incontestable que l'emploi momentané de la morphine qui peut arriver à l'ivresse morphinique *aiguise* l'appétit génésique. Nous pouvons, à l'appui de cette assertion, apporter les confessions de plusieurs morphinomanes qui ne laissent aucun doute à cet égard. Une injection de morphine réveille l'instinct sexuel, le fait est incontestable mais, et c'est là ce qui a trompé certains praticiens et ce que nous

[1] *Loc. cit.*

voulons mettre en lumière, ce réveil est plus factice, plus apparent que réel. Nous nous expliquons. Dans l'état de satisfaction, qui suit la piqûre, les fonctions cérébrales sont stimulées au maximum, comme nous l'avons vu, et la conséquence immédiate de cette stimulation est l'excitation euphorique des fonctions génitales. Cette excitation est, en résumé, plus cérébrale que physique.

L'orgasme vénérien, en pareil cas, entre, il est vrai, en jeu, mais la puissance génésique n'est nullement augmentée. Je ne craindrais même pas de dire qu'elle est en réalité diminuée. Et ce qui le prouve surabondamment c'est que, au dire de tous les morphinomanes mariés, le nombre des rapports maritaux descend bien au-dessous du chiffre habituel.

Du reste ce point de doctrine se trouve appuyé par les faits du même ordre observés chez les mangeurs d'opium, chez les opiophages. Et nous avons eu la bonne fortune d'obtenir de quelques-uns d'entre eux des renseignements précieux : C'est un fait de notoriété commune, en Orient, que l'opium pris en petite quantité favorise les rapports sexuels ; grâce à lui les érections sont plus rapides, mais (et les Orientaux le savent très bien), la virilité proprement dite n'est nullement augmentée ; elle est au contraire très diminuée.

Voilà la vérité sur les vertus aphrodisiaques de l'ivresse morphinique. Les écrivains qui les ont célébrées, ont été trompés par les apparences. Et, ce qui le prouve encore mieux, c'est l'infécondité des morphinomanes même au début ;

II. — Si maintenant nous parlons de la passion morphinique, du morphinisme établi, il y a encore bien moins d'hésitation à avoir. L'abus de la morphine, *chez tous les morphinomanes* que nous avons pu interroger à cet égard, *diminue et même abolit complètement l'appétit sexuel.* Et, quoi qu'en aient dit certains auteurs, c'est une assertion que nous ne craignons pas d'affirmer énergiquement.

C'est même là un phénomène qui plusieurs fois a poussé

certains morphinomanes à nous consulter. Mariés et très désireux d'avoir des enfants, ils étaient désolés de voir l'état d'affaissement sexuel et de frigidité dans lequel ils se trouvaient depuis qu'ils étaient adonnés à la morphine. L'un d'eux, incapable de renoncer à ses pratiques, et que la perte de sa virilité avait plongé dans un violent désespoir, nous parlait sans cesse d'attenter à ses jours, et avait des idées de suicide très arrêtées. Nous l'avons perdu de vue. C'est, du reste, souvent la cause des troubles hypocondriaques qui envahissent si souvent les morphinisés. Cette frigidité va quelquefois au point d'empêcher tout rapport entre époux pendant plusieurs années. — Et ce n'est pas là un des moindres inconvénients de la passion morphinique, si l'on songe à toutes les conséquences d'un pareil état de chose, au point de vue des bonnes relations entre conjoints, et des scissions qu'il peut provoquer, etc.

Ce que nous venons de dire pour l'homme se rapporte, bien entendu, également à la femme. Cependant, si le conjoint est atteint, l'intoxication morphinique, comme l'a signalé Féré [1], ne paraît pas avoir d'influence sur la gestation.

Du reste, hâtons-nous d'ajouter qu'il est fréquent de voir l'un des conjoints suivre l'exemple de l'autre : dans l'ordre d'idées qui nous occupent, ils n'ont plus alors de reproches à s'adresser l'un à l'autre.

Polyurie morphinique. — Du côté des *organes urinaires*, le phénomène le plus saillant et dont tous les morphinomanes se rendent très bien compte, c'est une *polyurie*, qui les force quelquefois à se lever la nuit plusieurs fois. Nous avons vu bien peu d'exceptions à cette règle.

Au point de vue du sucre, poussé par les expérimentations

[1] *Loc. cit.*

de Lewinstein [1] sur les animaux, et par les recherches positives de Eckhard [2] sur le diabète morphinique, nous avons, nous aussi, à maintes reprises, recherché la présence du sucre dans les urines. Nous devons dire que le résultat de nos examens a toujours été négatif. — Nous en disons autant de l'albuminurie.

Urines morphiniques. — Nous arrivons maintenant à l'étude d'une question que l'on regardait, il y quelque dix ans, comme capitale et au point de vue de ses résultats pratiques. — Et lorsqu'on lit à ce sujet certaines monographies allemandes, on reste convaincu que l'analyse des urines donne un moyen sûr de déceler la morphine, et partant la supercherie.

Il a fallu en rabattre. Évidemment les différents procédés indiqués par les spécialistes allemands sont des procédés raisonnés et scientifiques pour découvrir la morphine en solution, et nous avons nous-même pu nous convaincre de leur rigoureuse exactitude. On peut s'en rendre compte en lisant les travaux et les procédés d'Eliassew [3], de Landsherz [4], de Rossenbaum [5], de von Schröder [6], de Burkart [7] et de Levinstein [8]. En France, Notta donne un procédé assez sûr (*Union médicale*, 1884.). — Quant à nous, nous indiquerons au chapitre du traitement, un procédé non encore signalé en clinique, et qui paraît avoir réussi.

Mais, il faut bien le remarquer, la morphine comme le fait

[1] *Loc. cit.*
[2] Eckhardt. *Weber den Morphium Diabetes.*
[3] Eliassew, *Inaug. dissert.* Kœnigsberg, 1882.
[4] *Loc. cit.*, 1880.
[5] Rossenbaum, *Inaug. dissert*, 1879.
[6] Von Schröder, 1883.
[7] *Loc. cit.*
[8] *Loc. cit.*

observer A. Lamal dans une communication intéressante [1], la morphine en circulant dans le sang et dans les tissus subit des transformations secondaires. Elle s'oxyde d'abord et se change en oxymorphine, une seconde partie en morphétine de Marchand (amorphe) ; une troisième enfin, en très petite quantité, reste à l'état de morphine.

De telle sorte qu'en fin de compte, même chez un individu qui en absorbe quotidiennement plus d'un gramme, la quantité que l'on y trouve dans les urines est infinitésimale.

Toujours est-il que nous avons fait, sous la direction de M. le Dr Quesneville de laborieuses recherches, dans ce sens à plus de vingt reprises, recherches dont nous ne fatiguerons pas le lecteur, et qui ne nous ont donné, en dernière analyse, aucun résultat sûr et pratique.

Aussi, pour cette raison, dans le diagnostic de la supercherie chez les morphinomanes en traitement, avons-nous pris le parti de réléguer l'analyse des urines au second plan. Nous préférons le sphygmographe comme nous le disions plus haut. — Dans tous les cas, quand on veut recueillir des urines doit-on employer la sonde pour déjouer la supercherie légendaire des morphinomanes.

d. Troubles intestinaux

Expérience physiologique. — Les premiers observateurs qui se sont occupés de l'intoxication morphinique ont attiré l'attention sur les troubles gastro-intestinaux. Et depuis cette époque, les phénomènes qui se passent du côté de l'estomac et de l'intestin ont été à différentes reprises l'objet d'études intéressantes. O. Nasse [2], le premier dans l'ordre chronologique donna quelques aperçus curieux sur la physiologie des mouvements intestinaux dans l'empoisonnement morphinique.

[1] Lamal, *Bulletin de l'Académie de Belgique*, 1888.
[2] O. Nasse, Leipzig, 1866.

Il découvrit en s'appuyant sur des faits expérimentaux que la morphine stimule le péristaltisme normal. Le travail de Nasse est une étude plutôt physiologique que clinique. Le travail de Legros et Onimus [1], qui est postérieur (1867) ne fait du reste que confirmer les conclusions de Nasse.

D'autres physiologistes se sont depuis livrés aux mêmes expériences, mais, on doit le dire, n'ont rien ajouté de nouveau aux travaux précédents.

Observation clinique. — Sensation épigastrique. — Ces expériences physiologiques rendent compte de plusieurs symptômes cliniques très curieux, qui sans elles ne trouveraient aucune explication plausible. Tant il est vrai que toujours et dans toutes les questions, la physiologie et la clinique se prêtent un mutuel appui. Parmi les symptômes dont nous parlions, le plus intéressant est sans contredit la *sensation épigastrique* ressentie par tous les morphinomanes, immédiatement après la piqûre.

Ce symptôme que l'on observe à toutes les périodes de la morphinomanie, mais surtout dans les débuts de la maladie, consiste dans une sensation de constriction caractéristique au creux de l'estomac, et que connaissent tous les morphinomanes: c'est pour eux la preuve qu'ils n'ont pas été trompés. Car, à part la sensation d'euphorie produite par la morphine, ils regardent ce symptôme comme un criterium.

Cette sensation n'a du reste rien de douloureux, et les morphinomanes qui l'éprouvent, le regardent plutôt comme un phénomène agréable. — Elle varie du reste en force avec chaque malade, et nous l'avons vue chez quelques-uns arriver jusqu'à *couper leur respiration* (c'est l'expression dont ils se servaient). En pareil cas, nous les avons vu quelquefois

[1] Legros et Onimus *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, p. 37.

être obligés de s'asseoir la bouche entr'ouverte et la main sur la poitrine dans l'attitude de l'asthmatique qui s'apprête à entrer en lutte pour aider au fonctionnement de ses muscles inspirateurs. — Chez tous les morphinomanes que nous avons consultés à ce sujet, nous ne l'avons jamais trouvée absente. On peut, je crois, la comparer à la sensation épigastrique (nœud épigastrique) qui forme le point de départ de l'attaque hystérique ; c'est ce qui ressort du moins des renseignements que nous avons obtenus de morphinomanes hystériques qui avaient elles-même fait cette assimilation.

Hâtons-nous d'ajouter cependant que ce signe important tend à diminuer d'énergie dans l'intoxication avancée, au point quelquefois de passer presque inaperçu.

Quand à son explication comme nous le disions tout à l'heure, il résulte des mouvements péristalliques de l'estomac provoqués par l'action de la morphine sur les fibres de cet organe.

Péristaltisme intestinal. — Du côté de l'intestin, les phénomènes qu'on y trouve sont absolument de même nature. Aussi pour éviter des répétitions serons-nous bref à ce sujet. Ce péristallisme intestinal se manifeste chez les morphinomanes par des *borborygmes*, qui ne sont pas un des moindres inconvénients de la maladie. Chez quelques-uns, en effet, la piqûre de morphine provoque infailliblement pendant deux ou trois minutes une véritable tempête intestinale.

Alternatives de constipation et de diarrhée. — Mais ce n'est là qu'un léger ennui comparativement aux phénomènes de constipation qui sont un des symptômes les plus douloureux dus au morphinisme. Il faut avoir entendu à ce sujet les plaintes de certains morphinomanes pour en mesurer toute l'étendue !

Nous ne connaissons aucune affection dans toute la patho-

logie qui produise des constipations aussi opiniâtres, aussi douloureuses que la maladie qui nous occupe ; chez quelques-uns, ce phénomène constitue un véritable fléau et qui entraîne à sa suite des désordres de toutes espèces sur la pathogénie desquels il est inutile d'insister (*hernies*, *hémorrhoïdes*, *congestions*, *céphalalgies*, *épistaxis*, *éruptions cutanées*, etc.).

On peut dire, sans craindre d'être taxé d'exagération que la constipation est pour le malheureux morphinomane, une source de terreurs de tous les instants. Car c'est là pour lui un véritable cercle vicieux : il recule indéfiniment le moment d'aller à la garde-robe, et plus il attend, plus sa souffrance est intolérable. Un jeune étudiant, dont nous reparlons plus loin n'allait à la selle que tous les dix jours, et, chaque fois qu'il allait au cabinet, la douleur était si aiguë qu'elle lui arrachait des cris ou provoquait des syncopes. On dut même à plusieurs reprises faire usage de la curette rectale, les lavements étant absolument insuffisants pour amener l'évacuation.

Comme dans tous les cas de constipation rebelle, on observe souvent à leurs suites de véritables débâcles qui épuisent les malades.

Aussi, comme conclusion, doit-on surveiller de très près l'estomac et l'intestin des morphinomanes, et paraphrasant l'aphorisme de Peter : Il faut, dirons-nous, prendre un soin pieux de l'estomac et de l'intestin du morphinique, si l'on veut de ce côté prévenir des désordres vraiment graves.

e. Doses ordinaires employées par les morphinomanes

Un mot pour terminer sur l'*élévation des doses* employées par les morphinomanes. — On peut dire que la moyenne employée varie de 50 centigrammes à 1 gramme. — Au-dessous de 50 centigrammes, on observe les doses de 20, 30 et

40 centigrammes, mais le fait est rare, car, de par la nature même de leur maladie, les morphinomanes sont poussés à augmenter progressivement le nombre de leurs injections, et dépassent presque toujours le chiffre de 50 centigrammes par jour.

Je dois à la vérité de dire cependant que parmi nos observations, nous relevons cinq cas de 20 centigrammes et deux de dix centigrammes : Dans l'immense majorité des cas, ces chiffres peu élevés ne marquent qu'une étape dans le cours de la maladie.

Les chiffres les plus élevés que nous ayons observés sont 4, 5 et 6 grammes. Nous citons même plus haut un cas de 9 grammes. Nous n'avons trouvé dans aucun auteur une dose aussi élevée :

Aperçu statistique des chiffres observés dans nos observations. — Du reste, pour résumer cette question, nous ne croyons mieux faire que de donner un aperçu statistique des chiffres observés par nous : Sur 120 cas de morphinisme recueillis par nous nous trouvons les doses suivantes :

Malades	absorbants		10	centigrammes	2 cas
—	—		20	—	5
—	—	de 20 à	30	—	7
—	—	de 30 à	40	—	7
—	—	de 40 à	50	—	9
—	—	de 50 à	1	gramme	65
—	—	de 1 à	1	— 1/2	12
—	—	de 2 à	3	—	8
—	absorbants	par jour	4	grammes	2
—	—		5	—	1
—	—		6	—	1
—	—		9	—	1

On le voit, il y a loin de cette statistique véritablement effrayante, et dont nous sommes en mesure d'affirmer et de prouver les chiffres que nous avançons. Pendant longtemps

on a donné comme exceptionnel l'exemple du fameux de Quencey, qui aborbait dans sa vieillesse cinq grammes par jour de laudanum qu'il appelait le *bonheur en bouteille* — Nos morphinomanes ont depuis longtemps dépassé cette dose élevée.

Dans cet ordre d'idées, nous pourrions aller plus loin encore, si les limites de notre livre le permettaient et coter des chiffres plus curieux encore. On connaît l'observation de M. Motet qui rapporte le cas d'une dame qui avait pris chez son pharmacien 1 kil. 1/2 de morphine. Chez plusieurs de nos malades ce chiffre a été dépassé. L'un d'eux étudiant en médecine guéri nous racontait qu'il en avait absorbé quatre kilos environ en cinq ans. Un autre morphinomane de notre clientèle privée, en six mois, avait atteint le chiffre de trois kilogrammes dans le même laps de temps. A plusieurs reprises nous avons obtenu des révélations de cet ordre, et presque toujours marquées au coin de la plus grande exactitude, de la plus grande précision: c'est qu'en effet, et ce n'est pas là le côté le moins curieux de la maladie, le morphinomane, pour être plus sûr de ne pas être trompé sur le titre des solutions, pèse lui-même sa morphine. Dans la plus grande majorité des cas, quand nous étions appelés à leur domicile, ce qui tout d'abord ne manquait pas de frapper nos regards, en dehors d'une quantité plus ou moins grande de flacons vides et alignés avec soin, c'était une balance, que le morphinique ne cherchait du reste pas à dissimuler.

f. Progression dans les doses. — Recherches de l'euphorie du début. — Recherches constantes de la virginité morphinique. — Moyens employés.

Enfin un dernier point que nous ne devons pas omettre de signaler, bien qu'il soit plutôt un effet du morphinisme, à proprement parler, qu'un symptôme, c'est la *recherche*

de l'euphorie du début. C'est là, on doit le dire, une des principales causes qui les pousse à augmenter peu à peu la dose primitive.

Et malgré tout, malgré tous leurs expédients, au bout d'un mois de pratiques morphiniques. l'*effet euphorique* est nul: L'état de besoin tenace, irrésistible, l'a remplacé, et achève le tableau symptomatique.

C'est alors qu'ils s'ingénient de mille façons à retrouver les effets enivrants des premières piqûres, le bien-être d'antan. Ils cherchent par mille moyens à se refaire une *nouvelle virginité morphinique.* Et je dois dire que dans cette recherche, quelques-uns de nos morphinomanes se sont montrés d'une ingéniosité rare. Au point que leur génie inventif déroutait quelquefois toutes nos connaissances physiologiques, par les dangers graves auxquels ils échappaient :

Ligature des membres. — Nous ne parlerons pas de la *compression* suivie de la décompression rapide de la racine des bras, mise en pratique chez quatre ou cinq d'entre eux, pour décupler les effets du stimulant.

Massage. — Le *massage* à l'endroit de la piqûre est le procédé que nous avons vu le plus souvent employé, etc.

Injection dans les veines. — Mais le moyen héroïque en pareil cas, et que nous avons vu employé par un médecin que nous avons soigné, c'est la *piqûre exclusivement pratiquée dans la veine médiane !* Ce malade retrouvait en agissant ainsi, le bien-être, et l'ivresse des premières injections ; c'était en outre pour lui une source d'économie, car avec trois fois moins de morphine, l'effet ressenti atteignait le maximum. — Il est inutile d'insister sur les dangers de toutes ces méthodes, et en particulier de la dernière, qui semble être une gageure contre toutes les données physiologiques !

CHAPITRE III

De l'intoxication aigue par la morphine. — *a*. Empoisonnement par la morphine. — *b*. Expérimentation sur l'homme. — *c*. Expérimentation sur les animaux.

---

§ I. — Expérimentation chez l'homme

Ayant eu la bonne fortune d'observer deux cas intéressants d'intoxication aiguë par la morphine, nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à publier un chapitre spécial sur ce point. D'autre part, dans le cours du morphinisme chronique chez certains morphinomanes, en puisant dans leurs antécédents pathologiques, nous avons relaté deux ou trois faits de tentatives d'empoisonnement qui corroboraient, pour ainsi dire, les symptômes observés par nous. — Ces symptômes observés de très près nous ont paru empreints d'un certain cachet de nouveauté, et parmi eux nous signalerons dès à présent quelques troubles du côté de la vue, et surtout des *hallucinations visuelles* sur lesquelles nous insisterons tout particulièrement, car nous ne les avons trouvées mentionnées par aucun auteur.

D'autre part dans les recherches bibliographiques [1] aux-

[1] Voir surtout : Levinstein, *Intoxication aiguë par la morphine et le chloral* (Berl., clin. Woch, n° 27); Kazof, *Observation personnelle*, 1876 ; Mattison, *Philadelph. med. report*, 1871; Gossman (Deutsche) *med. Woch.*, 34, 35, 36, 1879, etc., etc.

quelles nous nous sommes livrés à ce sujet, nous avons remarqué que le sujet, peu étudié du reste, faisait une part légère à la clinique, et se réduisait la plupart du temps à des expériences sur les animaux. Or on sait combien les résultats obtenus chez l'homme diffèrent souvent des résultats obtenus par l'expérimentation. Cette assertion qui est vrai quelquefois en médecine expérimentale, est surtout vraie pour certains agents thérapeutiques. Souvent, en effet, la clinique vient démentir des faits que semblait appuyer l'expérimentation sur les animaux C'est que l'organisme animal, comme on l'a répété souvent, ne réagit pas toujours de la même manière. Nous en avons une preuve précisément dans le sujet qui nous occupe : quelquefois le tableau clinique présenté par quelques intoxiqués aigus n'a pas fidèlement reproduit ce qu'on avait observé et publié après les injections de morphine pratiquées sur les animaux.

Si maintenant nous recherchons dans les études publiées sur la morphinomanie, ce qui a trait à l'intoxication aiguë, à l'empoisonnement, nous remarquons que peu de choses ont paru sur ce point particulier.

Plusieurs tentatives d'empoisonnement par l'opium, par le laudanum sont épars çà et là dans les recueils, mais on sait combien, même à doses thérapeutiques, les effets de la morphine en sont différents, sur l'intoxication aiguë, sur l'empoisonnement par les injections de morphine, peu d'observations détaillées ont été publiées. Et dans celles publiées que nous avons consultées du reste avec fruit, nous n'avons pas retrouvé certains symptômes qui nous ont paru intéressants.

Pour toutes ces raisons nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à faire dans notre mémoire un chapitre spécial pour l'intoxication aiguë et l'empoisonnement par la morphine.

Disons tout d'abord que nous n'avons pas précisément en vue dans ce chapitre ces accidents signalés assez souvent mais qui n'ont ni par la quantité de morphine injectée, ni

par les symptômes observés, rien qui rappelle un véritable empoisonnement.

Nous faisons allusion ici aux accidents plutôt bruyants que dangereux qui succèdent :

1° Soit à la piqûre d'une veine ;

2° Soit à une injection chez un malade qui n'en a jamais reçu.

I. Dans le premier cas, l'aiguille est entrée dans une veinule directement au lieu d'entrer dans le tissu cellulaire sous-cutané et l'injection tout entière peut pénétrer directement de cette façon dans la circulation en retour. Disons-le de suite, les effets consécutifs à ce petit accident qui arrive fréquemment, sont généralement bénins, et les malades eux-mêmes savent parfaitement les apprécier. C'est d'abord une sensation d'euphorie plus nette, et surtout beaucoup plus vite perçue ; la sensation particulière qui suit toute injection au lieu de se faire sentir après deux à cinq minutes, est accusée au bout de quelques secondes. Une de nos malades dont nous rapportons l'observation plus loin, nous disait alors immédiatement : « Ah tant mieux, vous avez piqué une veine », nous accusant ainsi très nettement cette action plus prompte[1]. Dans un second degré c'est une bouffée de chaleur qui monte à la tête immédiatement après la piqûre et qui ne laisse pas que d'inquiéter quelque temps le médecin et le patient. Pendant quelque temps le cœur est animé de battements de plus en plus rapides, les tempes battent plus violemment, et tout rentre dans le calme au bout de quelques instants.

Disons cependant que par des exceptions qu'on n'explique pas, ces piqûres de veinules ont été suivies d'accidents plus graves, et que dans quelques cas les symptômes éprouvés

[1] Gossmann, *loc. cit.*, décrit les effets produits par ces piqûres d'une veinule, *loc. cit.*

ont été tels qu'on a craint que la mort s'ensuive. C'est ainsi que nous avons entendu M. Lancereaux dans ses cliniques rapporter le fait d'une morphinomane chez qui cet accident était arrivé et chez qui on craignit pendant quelques instants une issue mortelle: on fut obligé pour la rappeler à la vie de pratiquer des frictions énergiques et de faire la respiration artificielle. Dans ce cas l'effet de la piqûre avait, pour ainsi dire, été instantané. Au chapitre précédent, nous nous sommes expliqué plus longuement sur cet accident, et nous avons montré par un exemple très probant qu'on en avait généralement exagéré les dangers.

Cependant je ne sache pas que la piqûre d'une veine ait jamais entraîné la mort; du moins je n'en ai pas trouvé d'observation relatée. Il faut cependant prendre des précautions et pour ce, ne pas pratiquer d'injections dans les régions riches en veines comme la région antérieure de l'avant-bras par exemple[1].

II. Dans le second cas, les accidents plus rares il est vrai, peuvent quelquefois revêtir aussi plus d'intensité. Ici malheureusement il y a des cas de mort signalés. On a vu des doses extrêmement minimes entraîner des accidents.

Sous ce rapport il y a des questions de tempérament qui priment tout. C'est ainsi que Calvet[2] rapporte dans sa thèse l'observation d'un asthmatique chez qui pour combattre les accès dyspnéiques, on injecta cinq milligrammes de chlorhydrate de morphine ; aussitôt parurent une angoisse précordiale bientôt accompagnée d'obnubilation des yeux, d'une sensation de vide autour de soi et de l'appréhension de ne plus pouvoir respirer. Les battements du cœur étaient précipités et désordonnés. Le lendemain l'injection fut réitérée avec une dose moindre de moitié (2 milligr. 1/2). Les acci-

[1] Jousset, *Des injections hypodermiques*, Thèse, 1865.

[2] Calvet, *Essai sur le morphinisme aigu et chronique*, Thèse, 1876.

dents se reproduisent immédiatement avec les mêmes caractères et la même intensité.

Tous les médecins ont pu observer de ces cas d'intolérance et je pourrais en citer plusieurs ici à ma connaissance ; j'ai préféré rapporter l'exemple précédent, parce qu'il est très net en raison des petites doses employées. C'est qu'en effet, la première indication quand on fait usage de la morphine, c'est de tâter avec soin la susceptibilité du sujet. Il faut employer cette prudence pour tous les malades, car il n'y pas de règle fixe : le tâtonnement fait la règle. Mais c'est surtout chez le vieillard athéromateux qu'il faut prendre les plus grandes précautions : « C'est un fait connu à la Salpétrière, où les injections de morphine se pratiquent en grand, que chez ces malades, une seule injection de morphine est souvent suivie à bref délai, du collapsus final[1]. » Il y a évidemment dans cette assertion un pessimisme manifeste, mais un fait pratique vrai s'en détache néanmoins, c'est qu'il ne faut agir qu'avec la plus extrême réserve.

Hâtons-nous cependant d'ajouter que dans ces deux cas, dans le cas de piqûre de veinule, et dans le cas de susceptibilité anormale, les accidents vraiment graves sont de la plus extrême rareté, et qu'on ne peut certainement pas dire qu'il y a ici intoxication aiguë, empoisonnement par la morphine.

Nous réservons du moins cette désignation aux cas dont nous allons maintenant nous occuper et dans lesquels il y a véritablement intoxication aiguë, empoisonnement : dans ceux-ci la dose absorbée est au-dessus de la dose ordinaire ; ils présentent de plus un cortège de symptômes particuliers non comparables aux symptômes fugaces des accidents précédents qui dépendent plutôt d'une idiosyncrasie spéciale.

L'intoxication aiguë, l'empoisonnement par la morphine ont d'abord été étudiés sur des animaux, de même du reste

[1] Notta, *Archives de médecine*, 1884.

que l'intoxication chronique. — Chouppe[1], (1874) est, je crois, le premier qui ait expérimenté dans ce sens sur les animaux. Le premier il avait remarqué une certaine accélération de la circulation à la suite d'une injection sous-cutanée ; il avait également noté à la même époque la diminution du nombre des respirations. Puis vinrent les expériences de Laborde[2] (1876-1877) qui fait les mêmes remarques sur la circulation et la respiration toujours chez les animaux. De plus celui-ci se livra avec Fieuzal à des études intéressantes sur l'état de la rétine chez les animaux pendant l'intoxication morphinique, étude que nous analyserons quand nous passerons en revue les *troubles visuels* dans notre cinquième chapitre.

Calvet dans une très bonne thèse faite sous l'inspiration de Laborde, reprit ces expériences et y ajouta des remarques intéressantes sur les effets du morphinisme chronique chez les animaux surtout au point de vue optalmoscopique. Nous en avons du reste parlé. Calvet est le premier qui publia, croyons-nous, une observation d'empoisonnement aigu par la morphine chez l'homme, à la suite d'une erreur thérapeutique. Mais le premier travail français sur l'intoxication aiguë est le travail de Chouppe et non la thèse de Calvet, comme l'avance Notta[3].

Depuis, quelques rares travaux ont été publiés en France, surtout en Allemagne, mais nous n'avons pas la prétention de faire ici une revue. Aussi nous sommes-nous contenté d'indiquer les principaux.

Quoi qu'il en soit, pour mettre de l'ordre dans l'exposition, nous admettrons deux degrés dans l'empoisonnement morphinique : un premier degré qui sera plutôt l'intoxication aiguë,

[1] Chouppe, *Société de Biologie et Gazette médicale* (1874), 31.
[2] Laborde, *Société de biologie*, 13 janvier 1877 (Bulletin). *Gazette des hôpitaux*, 1877, p. 226.
[3] Calvet, *Essai expérimental et clinique sur l'action psychol. de la morph.*, 1877. Thèse de Paris.
Brochin, *Morphinisme, Gazette des hôpitaux*, 1877, p. 226.

et un second degré qui sera l'empoisonnement proprement dit. Nous croyons utile et conforme aux données cliniques d'établir ces deux divisions, parce que nous regardons ces deux États comme bien différents au point de vue symptomatique.

En effet, dans le premier, dans l'intoxication aiguë, ce sera, si l'on veut, le tableau de l'ivresse morphinique poussé au dernier degré d'imprégnation, mais le *morphinisé sera conscient*, pourra rendre compte de ses sensations.

Dans le second degré dans l'empoisonnement, c'est l'ivresse morphinique dépassée, c'est l'état d'intoxication réduit aux symptômes objectifs, l'état dans lequel le *morphinisé sera inconscient.*

§ 2. — Intoxication aiguë

Dans le premier degré, on comprend que le complexus symptomatique sera plus animé que dans le second. Ici le morphinisé peut rendre compte de ses sensations, et la description des phénomènes psycho-sensoriels éprouvés sera dès lors plus mouvementée.

Outre les symptômes physiques, accompagnateurs ordinaires de tout commencement d'empoisonnement, on constate, en effet, ici des hallucinations et des illusions de la vue.

Mais, fidèle au plan que nous nous sommes tracé, abordons d'abord l'étude des faits. Exposons fidèlement notre observation dans tous ses détails : dans le cours de la description nous insisterons quand il sera besoin sur les symptômes en question ; nous demandons aussi la permission, pour ne pas nous exposer plus tard à des répétitions, d'entrer chemin faisant dans quelques détails au sujet des considérations que cette observation peut soulever. Nous verrons ensuite les conséquences pratiques qui en découlent.

Ici nous n'assisterons pas, comme je l'ai dit plus haut, à de véritables phénomènes d'empoisonnement, et c'est même ce qui fait l'intérêt tout particulier de l'état que nous étudions en ce moment, du premier degré d'intoxication aiguë par la mrphine. Nous verrons tout à l'heure que le second degré de l'intoxication, que l'empoisonnement proprement dit, ne prête plus du tout aux mêmes considérations.

Voici, du reste, les faits et les considérations qu'ils soulèvent.

Intoxication aiguë. Injection sous-cutanée de 12 *centigrammes de morphine en vingt-quatre heures chez un individu non morphinomane et non en état d'accoutumance. — Troubles gastro-intestinaux. — Troubles visuels. — Hémorrhagies multiples. — Illusions et hallucinations nettes de la vue.* — Il s'agit comme nous le disions plus haut non d'un empoisonnement mais d'une intoxication aiguë, chez un jeune avocat de 29 ans, que nous avons pu suivre de très près, et qui a pu nous donner, avec beaucoup de précision, l'analyse des symptômes ressentis par lui.

Ayant éprouvé de graves ennuis et ne se sentant pas le courage de lutter et de résister, incapable d'aucun effort, incapable de réagir, il se laissait aller à tous les mauvais conseils que son imagination lui suscitait, pour échapper à la réalité, à la conscience de son état.

Z. avait bien pensé tout d'abord à chercher un soulagement à ses ennuis dans l'alcool, ce suprême consolateur des défaillants de toutes les classes dans les luttes de l'existence [1].

Mais le spectacle affligeant de l'ivresse et surtout une répulsion naturelle contre les liqueurs alcooliques l'avaient vite détourné de ce projet. C'est alors que l'idée lui vint de

[1] Nous trouvons cité dans M. Marandon de Montyel (*Ann. méd., psych.* 85) une observation d'étudiant en médecine qui présente plusieurs points de ressemblance avec la nôtre.

se piquer à la morphine et de chercher dans l'ivresse morphinique l'oubli momentané de ses maux. Cette idée lui était venue à la suite de ses lectures et surtout parce que quelques années auparavant, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, on avait commis la faute impardonnable, pour des douleurs en somme supportables, de lui faire pendant trois mois des injections de 1 à 3 centigrammes par jour, injections auxquelles du reste, il n'avait pas eu recours depuis. Mais il se rappela alors, non l'effet analgésique de ces piqûres, mais la sensation d'euphorie, ou plutôt d'obnubilation intellectuelle d'abrutissement en un mot, (qu'on nous pardonne cette expression) que lui produisait alors la morphine.

Remarquons une fois de plus qu'ici, comme dans beaucoup de nos observations, le premier coupable a été le médecin, J'aurai encore l'occasion de le démontrer plusieurs fois dans le cours de ce mémoire, et de le faire ressortir dans un chapitre spécial sur la morphinomanie au point de vue de la déontologie médicale et professionnelle.

Quoi qu'il en soit, c'est dans le souvenir d'un traitement intempestif que notre désespéré puisa l'idée de demander à la morphine un remède à ses chagrins.

Notons tout d'abord que notre ami n'eut jamais l'idée de s'empoisonner ni d'attenter à ses jours et que s'il eut recours à l'ivresse morphinique, aussi dégradante en somme que l'ivresse alcoolique, il sentait parfaitement qu'il manquait d'énergie et qu'il faisait un acte blâmable, mais il ne put résister à l'attrait invincible, à l'oubli passager que lui promettait la morphine. Il sera du reste excusé dans certaines limites par ceux qui, comme lui, connaissent les vertus de l'ivresse en question. Il a toujours reconnu depuis du reste qu'il avait manqué de courage et qu'il regrettait amèrement son action.

Connaissant d'autre part les propriétés et les effets de la morphine, Z. était persuadé qu'il saurait s'arrêter à temps. Il était persuadé que non seulement il n'irait pas jusqu'à l'empoisonnement, mais qu'il n'arriverait pas jusqu'à l'intoxication. Nous verrons tout à l'heure qu'il n'en fut rien et qu'il se trompa dans ses calculs et dans ses prévisions.

Pour ce faire, il prit donc le parti de se pratiquer des in-

jections légères, fréquemment renouvelées. Il ne se doutait pas que la morphine a, dans une petite mesure, des effets d'accumulation. Je ne parle bien entendu que des cas d'intoxication aiguë par petites doses; car tout le monde sait que dans l'intoxication chronique au contraire l'opium est peut-être le poison auquel on résiste le plus avec l'accoutumance.

Quoi qu'il en soit, voici réglé et consigné, par notre malade lui-même, le titre des injections pratiquées. Pendant l'espace de vingt-quatre heures il s'en injecta 14 centigrammes ainsi distribués :

A midi, première injection d'une solution de chlorhydrate au cinquantième, d'une contenance de un quart de seringue, soit un demi-centigramme. Les effets obtenus et consignés alors sont banals : ils ont été éprouvés par tous les morphinisés, quels qu'ils soient : je les note cependant, parce qu'ici l'observation a la valeur d'une véritable expérience de laboratoire, pratiquée sur l'homme, et consignée par le sujet lui-même, très instruit, avec beaucoup de soin.

Au bout d'une minute et demie, sensation de chaleur bien particulière qui semble courir dans toutes les veines, sensation de bien-être qui envahit l'organisme tout entier qu'on peut appeler état d'obnubilation, d'abrutissement, mais qui n'en est pas moins un état d'euphorie bien réel, sur la nature duquel il est difficile de donner des caractères.

Cet effet produit, qui dure environ une heure, n'est pas comparable à l'effet de l'alcool. Il n'est pas non plus, ni de près ni de loin, comparable à l'effet produit par le tabac. Quelques auteurs ont même décrit une sensation voluptueuse particulière comparable dans une certaine mesure à la sensation voluptueuse produite par l'orgasme vénérien. Ceux qui ont écrit cela (et sans parler des romanciers, plusieurs psychiâtres allemands ont émis cette assertion qui n'est pas conforme, du reste, à la vérité) n'ont jamais éprouvé eux-mêmes les effets d'une injection sous-cutanée de morphine. Ce que l'on peut dire, c'est qu'à la suite d'une piqûre, loin d'éprouver une tendance au calme, tout le système nerveux

cérébro-spinal est vivement surexcité, le cerveau, les éléments nobles surtout. Il est admis du reste qu'une injection de morphine n'a jamais déprimé personne, et qu'au contraire elle tient l'esprit en éveil. Ce qui est bien certain au contraire, c'est que toutes les facultés intellectuelles sont surexcitées et reçoivent une vive impulsion, éphémère, il est vrai, mais qui n'en est pas moins réelle. Et il reste avéré que la morphine en injection est un stimulant dangereux que l'on ne doit conseiller à personne, mais vrai, et bien supérieur, sous ce rapport au café, à l'alcool, pris en petite quantité; l'hyperexcitabilité des éléments nobles, et consécutivement une plus grande facilité d'assimilation, voilà, je crois, l'effet le plus constant d'une petite dose de morphine en injection sous-cutanée. Cet effet est bien connu, du reste, de certains observateurs qui ont constaté le fait sur eux-mêmes. Nous pourrions même, à l'appui de ce que nous avançons, donner ici l'observation d'individus qui se tiennent l'esprit en haleine à l'aide de ce stimulant dangereux, et voient ainsi, sous cette influence, toutes leurs facultés, et surtout la mémoire se décupler pour quelques instants [1].

Il n'est pas besoin de montrer combien il est dangereux de chercher ainsi une énergie factice pour le travail. Nous pouvons citer l'exemple d'un de nos amis, devenu morphinomane, à la suite de petites injections d'abord pratiquées à de rares intervalles dans le but unique d'y trouver un stimulant, et qui absorbe actuellement 50 centigrammes par jour. Dans l'espèce, de l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas, et ce pas est très vite franchi.

Ce serait aussi le cas de parler ici de ces morphinomanes que nous coudoyons à chaque instant, dans le monde, dans les salles de garde, dans les salons, et qui sont une preuve

[1] On trouvera dans le courant de nos autres observations la preuve de ce que nous avançons ici, mais, aux risques de nous répéter inutilement, nous ne pouvons incidemment citer trop d'exemples.

bien convaincante de ce que nous disons. Les conversations s'engagent, les discussions surgissent ; tout le monde donne son avis ; seul, un des assistants, au milieu de l'entrain général, au milieu de toutes ces discussions contradictoires, songeur, triste, grincheux, a paru indifférent, ennuyé, et n'a pas daigné émettre son opinion sur la question en litige. Tout d'un coup il s'absente sous un prétexte quelconque, et souvent sans donner aucune raison ; il revient au bout de trois à quatre minutes, souriant cette fois, se mêle à la conversation, donne son avis dans la discussion avec un entrain endiablé, y apporte des aperçus nouveaux, originaux. Votre diagnostic est fait : c'est un morphinomane qui vient de se faire une piqûre.

Nous pourrions donner encore de nombreuses preuves de cette hyperexcitabilité cérébrale passagère, provoquée par l'ivresse morphinique. Tout le monde sait combien cette passion est fréquente chez les femmes du monde. Or, chacun sait combien chez elles le caractère, l'entrain, varient selon qu'elles sont sous l'empire de l'ivresse morphinique, selon que l'heure de la piqûre est depuis longtemps passée.

Il a été donné à tout individu un peu observateur de constater les faits que nous avançons. Nous avons connu personnellement une jeune femme dont le caractère fantasque et les alternatives de tristesse et de gaieté étonnaient tous ceux qui l'approchaient, mais qui n'étaient pas difficiles à expliquer pour ceux qui comme nous étaient au courant de la situation. Cette dame que nous avons beaucoup connue et qui recevait chez elle des gens du meilleur monde, se montrait par instant, à l'égard de ses invités, la plus désagréable personne qu'on pût imaginer. Répondant par monosyllabes aux questions, aux compliments qu'on lui adressait, elle étonnait les gens qui autrefois avaient connu son air enjoué et qui ne pouvaient se rendre compte de cette versatilité de caractère qui désespérait ses proches. Parfois, au bout de quelques instants de conversation avec beaucoup de discrétion, elle

s'absentait une minute ou deux et revenait trouver ses visiteurs avec un visage souriant et aimable, ce n'était plus alors la même personne. Sa conversation gaie et spirituelle étonnaient alors tous ceux qui n'étaient pas dans le secret, mais ne nous surprenait pas, nous qui connaissions le secret de ces absences discrètes : nous savions fort bien qu'elle disparaissait alors un instant pour se faire une piqûre de morphine. Cette dame était adonnée depuis deux ans à la morphine et était arrivée à absorber 15 centigrammes par jour.

Il nous vient aussi à l'esprit un autre fait du même genre qui met bien en relief non seulement cette influence des injections morphiniques au point de vue de l'excitation intellectuelle, mais aussi leur influence sur le caractère. Il s'agit d'un vieux morphinomane que nous avons connu dans le service du docteur Lanceraux à la Pitié : Cet individu, soldat à la garde républicaine, puis sergent de ville, avait été atteint comme première maladie d'une angine de poitrine, pour laquelle on lui avait fait des piqûres de morphine ; à la suite de ces piqûres, il était devenu morphinomane et absorbait 20 à 30 centigrammes de morphine par jour. Ce morphinomane, qui avait de plus fait de nombreux excès et avait eu une vie très agitée, était par surcroît alcoolique, absinthique et aortique.

Nous l'examinions à ces différents points de vue et nous l'interrogions pour avoir des renseignements sur son état ; notre examen durait depuis un certain temps et nous désespérions d'obtenir sur ses antécédents, sur son état, la moindre réponse sérieuse.

Il nous répondait par monosyllabe, insistant pour que nous ne poussions pas plus loin cet examen prétextant même qu'il n'avait rien à nous dire. Nous en étions toujours au même point, nous luttions contre son mauvais vouloir, contre sa mauvaise humeur lorsque vint le moment de sa piqûre. Oh alors, un véritable changement à vue s'opéra chez notre morphinomane ! Il commença son histoire sans omettre

le plus petit fait, se mit à notre entière disposition avec la meilleure grâce du monde, et nous donna même sur son cas des détails intéressants qui sont consignés dans l'observation.

Ne m'en voulez pas, ajouta-t-il lui-même, quand j'attends ma piqûre, je suis intraitable et vois tout en noir; la piqûre faite, je ne suis plus le même homme et malgré la gravité de mon état, « *je vois tout en rose* ».

Nous pourrions multiplier ces exemples, ils ne sont malheureusement que trop fréquents; mais je crois avoir suffisamment démontré que l'effet le plus saillant et qui nous a le plus frappé nous-même c'est une hyperexcitabilité psychique indéniable. Revenons maintenant après ces quelques considérations à l'observation de notre jeune avocat.

Nous avons dit qu'à midi eut lieu une première injection de 5 milligrammes.

A une heure, seconde injection de 1 centigramme, lorsque les effets de la première commençaient à se dissiper. Rien de remarquable ne fut noté si ce n'est une augmentation légère dans les phénomènes observés et consignés plus haut, accélération légère du pouls. Borborygmes [1].

L'apparition de ces borborygmes sont un fait constant. Ils sont accusés par tous ceux à qui on pratique des injections de morphine, qu'ils soient ou non en état d'accoutumance. Ils se montrent généralement quatre à cinq minutes après la piqûre et ne durent que quelques instants; il est difficile du reste d'expliquer leur production.

Troisième, quatrième, cinquième et sixième piqûre de 1 centigramme à deux heures d'intervalle, au nombre de quatre. Z... était ainsi arrivé peu à peu à absorber dans l'espace de 10 heures environ, sans être en état d'accoutumance vraie

[1] Legros et Onimus ont les premiers noté ce fait *Journal de l'anatomie et de la phynologie*. Action de la morphine sur les mouvements de l'intestin. Tome VI, chap. I. p. 37, 1869. — voir aussi sur cette action Nothnagel, Virchows, *Archiv.-Band*, 89, Helft I, 1882 *juillet*.

5 à 6 centigrammes. Pour expliquer cette quasi-tolérance, il faut cependant se rappeler que Z... deux ans avant, avait reçu des piqûres de morphine, et que depuis, à de rares intervalles il est vrai, il s'était pratiqué des injections légèrement titrées.

Après cette absorption de ces 5 à 6 centigrammes, un nouveau phénomène est noté ici, en dehors d'une certaine obnubilation intellectuelle, sur lequel je veux d'abord appeller l'attention, car il rend compte, dans une certaine mesure des lésions permanentes que nous avons observées dans quelques cas chez des morphinomanes avérés ; je veux parler des troubles du côté de la vision ; ces troubles consistèrent d'abord en une dilatation pupillaire assez accentuée et en un certain degré de paralysie de l'accommodation, les caractères d'imprimerie ne pouvaient être lus à la distance ordinaire, il eût été intéressant ici de rechercher avec des verres gradués le degré de cette paralysie. On trouvera du reste le détail des troubles visuels observés ici chez notre morphinisé dans un chapitre spécial ; ici nous ne voulons pas nous exposer à des redites inutiles.

Septième injection de 1 centigramme à onze heures du soir ; Z... avait alors absorbé en 10 heures, par doses légères et progressives 7 centigrammes de morphine.

C'est alors que commence à apparaître un phénomène curieux et bien intéressant à noter, car je ne crois pas qu'il ait jamais été signalé, c'est du moins ce qui ressort des recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré, je veux parler des *hallucinations de la vue* dans le cas d'intoxication morphinique aiguë.

A maintes reprises nous avons eu occasion de démontrer, par nos observations, que dans la morphinomanie, dans l'intoxication chronique, nous ne les avons jamais rencontrées avec un caractère nettement déterminé. Cependant elles existent car elles ont été signalées par plusieurs auteurs ; quand elles existent dans la morphinomanie, elles sont rarement diurnes, elles sont plutôt noctures et revêtent le carac-

tère de rêves, de cauchemars. Ce ne sont plus alors, on le voit, de véritables hallucinations. Elles revêtent aussi de préférence, en pareil cas, un caractère terrifiant (Lanceraux). On doit plutôt les rapprocher du délire nocture par intoxication, je veux parler de cet autre délire toxique c'est-à-dire du délire alcoolique, des crises nocturnes de l'éthylisme.

Il n'en est pas de même, comme nous allons le voir dans notre observation, où, sous l'influence d'une intoxication aiguë, légère, puisque l'intoxication n'a pas été poussée jusqu'à l'empoisonnement, jusqu'à menace véritable de mort, nous voyons des hallucinations visuelles extrêmement nettes apparaître et apparaître avec leur caractère non douteux de perception sans objet. Analysons d'abord, nous apprécierons ensuite.

Fixant une fleur placée sur la cheminée, Z... voyait cette fleur prendre les proportions d'un bouquet ; ce bouquet, d'abord petit et composé de fleurs peu variées prenait insensiblement les proportions d'un bouquet immense, composé des fleurs les plus diversement coloriées ; puis l'imprégnation morphinique augmentant, le bouquet disparaissait peu à peu et faisait place à des bouquets magnifiques, à des jardins immenses émaillés des plantes les plus variées.

Cette sensation durait très peu et se renouvelait chaque fois qu'il portait les yeux sur sa cheminée ; elle ne se bornait pas non plus à un seul objet. S'il portait les yeux sur un autre point, le même phénomène se présentait, offrant toujours les mêmes caractères. C'est ainsi que portant les yeux à plusieurs reprises sur un papillon artificiel placé à l'un des coins d'une glace, il s'imagina le voir tout à coup animé de mouvements réels et quitter l'endroit où il était fixé. Ce papillon non seulement passait par les couleurs les plus variées, mais voltigeait sans cesse d'un meuble à l'autre comme l'eût fait un papillon vivant, quittant les meubles pour aller se poser sur les rideaux du lit pour retourner à la glace, son premier point de départ, où il redevenait tel qu'il

était en réalité, c'est-à-dire fait de papier et fixé sur un fil de fer.

On reconnaît dans ces faits des exemples très nets d'illusions visuelles. Aussi ne voulons-nous pas y voir des phénomènes hallucinatoires réels. Mais à ces illusions vinrent bientôt se joindre de véritables hallucinations de la vue, lesquelles se montrèrent très nettes à la suite d'une huitième et neuvième injection de 1 centigramme. Des personnages imaginaires lui apparaissent avec des attitudes différentes ; l'un d'eux, qu'il reconnaît du reste et qu'il avait vu quelques jours auparavant, et dont le souvenir lui était profondément gravé dans la mémoire, s'approcha de lui à plusieurs reprises. Il s'avançait vers Z... lentement, lui prenait les mains, puis disparaissait, et, point sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, il lui suffisait de *désirer fortement* pour provoquer à nouveau la même apparition, avec les mêmes attitudes. Pour bien rendre notre pensée, au risque d'employer un terme de sorcellerie, au risque de parler un langage surnaturel, nous dirons qu'il lui suffisait d'*évoquer* l'apparition en question, pour la voir se représenter à ses yeux.

Ainsi donc on constate d'une façon très nette la présence d'illusions et d'hallucinations de la vue dans le cas actuel d'intoxication aiguë. On pourrait, à la rigueur, dire qu'il s'agit ici de rêves banals dus à l'ivresse morphinique et à l'état comateux qui la suit et semblable dans l'espèce à ceux de l'ivresse vulgaire. Mais tous les détails énumérés ci-dessus ont été consignés par le sujet lui-même au fur et à mesure qu'il les éprouvait, preuve certaine qu'il était parfaitement éveillé et parfaitement en état d'analyser ses sensations. De plus, pas un instant dans les quatre ou cinq heures qu'ont duré ces hallucinations, ces illusions de la vue, pas une minute l'intelligence n'a été la dupe des sens : Z..., était parfaitement persuadé de la non réalité de ce qu'il voyait.

Si nous résumons maintenant ce curieux phénomène nous dirons qu'il y a d'abord eu ici des illusions de la vue qui se

sont transformées peu à peu en hallucinations, lesquelles ont présenté ce caractère bien différent des hallucinations alcooliques, en ce qu'elles étaient de *nature gaie.* On sait en effet, que dans les délires par intoxication, et surtout dans les délires alcooliques, leur caractère est d'être terrifiantes. En pareil cas ces hallucinations revêtent ce caractère pénible, même dans les intoxications aiguës. Il y avait donc ici un caractère tout différentiel important à signaler, et qui méritait d'attirer l'attention. Il y avait encore à opposer ces troubles psycho-sensoriels de nature gaie de l'intoxication aiguë aux hallucinations du morphinisme chronique, qui, comme nous le disons plus haut sont alors dans les cas rares où elles existent sont, elles aussi, de nature terrifiante. Pour ces différentes raisons, on nous pardonnera d'être entré à ce sujet dans des considérations et des descriptions peut-être un peu puériles.

Devons-nous inférer de ce qui précède que dans l'intoxication aiguë chez les morphinisés ces phénomènes psycho-sensoriels avec les caractères que nous avons indiqué sont la règle? Nous ne croyons pas devoir affirmer ce fait, car nous ne pouvons l'appuyer que sur une observation. Dans une autre observation, si intéressante cependant à d'autres points de vue d'intoxication aiguë par la morphine, qu'il nous a été donné d'observer, nous n'avons pas noté ces troubles hallucinatoires. Il est juste de dire que dans ce cas, l'intoxication avait été poussée trop loin pour que la malade puisse rendre compte de ses sensations. Dans d'autres observations d'intoxication aiguë que nous avons trouvées dans les auteurs, nous ne les avons pas non plus trouvées relatées. Il est vrai de dire que la plupart de ces cas, comme l'observation de Calvet[1], où il s'agit d'un cas d'empoisonnement par erreur thérapeutique, la dose absorbée a été considérable, et que la mort s'ensuivit. On trouve cependant dans le même travail

[1] Calvet, voir aussi *Gaz. hôpitaux,* n° 29, p. 226.

une autre observation d'intoxication aiguë où il n'est nullement question des troubles de cet ordre : ici, au contraire, la dose injectée pour calmer des accès d'asthme était très faible et il n'y eut pas, à proprement parler, d'intoxication.

D'autres fois, c'est dans le cours d'un morphinisme chronique qu'a lieu une intoxication aiguë, soit par surprise ou par tentative de suicide comme dans notre observation?

En pareil cas on ne constate jamais ni illusion, ni hallucination de la vue. Outre l'observation d'A... nous pourrions citer ici plusieurs cas de ce genre, et dans tous, jamais on ne signale aucun phénomène psychique d'ordre hallucinatoire.

Il ne nous est donc pas permis, en présence d'une seule observation positive d'établir une règle et de l'affirmer. Car il peut y avoir pour la morphine comme pour l'alcool, des questions de terrain, de personnes qui priment tout, et qui font que les mêmes doses, dans les mêmes conditions, peuvent avoir des troubles psychiques différents chez des personnes différentes.

Mais en présence des détails de notre observation, des autres cas que nous avons connus, et après avoir étudié les autres observations aiguës que nous avons lues dans les auteurs, il est permis d'avancer, sans être taxé de témérité, *qu'il peut exister dans le morphinisme aigu, des hallucinations de la vue ; que ces hallucinations, qui revêtent le plus souvent un caractère gai, ne se montrent que si l'intoxication n'a pas été poussée trop loin, c'est-à-dire jusqu'à l'empoisonnement, tout en étant assez forte ; et qu'en second lieu, il faut que le sujet n'ait pas l'accoutumance; voilà seulement ce qu'il nous est permis de dire.*

Ces hallucinations de la vue se montraient encore chez notre malade après la 10ᵉ *et la* 11ᵉ *injection*, faites sur les

sept, huit heures du matin dans le but de prolonger cet état de béatitude, cet état d'enivrement et d'extase; mais elles se montraient avec beaucoup moins de netteté, et finirent même par ne plus se montrer. Elles disparurent complètement après la douzième piqûre, faite vers dix heures du matin.

Mais c'est alors que se montrèrent d'autres phénomènes moins gais et autrement pénibles chez Z.., qui avait à ce moment absorbé 12 centigrammes.

Presque soudainement, et sans que rien jusqu'à ce moment pût le faire présager, (il n'y avait eu jusque-là ni bourdonnement d'oreille, ni céphalalgie, ni menace de lypothymie ou de syncope, ni trouble gastrique d'aucune sorte), presque soudainement une douleur se manifesta assez intense au creux épigastrique, douleur qui fut bientôt suivie de *vomissements* muqueux, abondants. Ces vomissements qui se renouvelaient toutes les dix minutes durèrent une heure environ. Il va sans dire qu'à partir de ce moment le patient n'eut plus envie de continuer son expérience.

Au bout d'une heure, les vomissements cessèrent pour faire place à une angoisse, des sueurs profuses, enfin à un état général qui ne fut pas alors sans inspirer une certaine inquiétude à Z... Le symptôme le plus pénible était une sorte de constriction au pharynx.

Cet état semi-syncopal dura peu et fit bientôt place à un état congestif de toutes les fonctions. La face était rouge, presque cyanosée, les conjonctives injectées, la circulation vaso-motrice, en un mot, profondément troublée.

Ces troubles circulatoires se manifestent bientôt par des hémorrhagies qui, quoique peu abondantes, ne laissent pas d'inquiéter un peu. Des épistaxis apparaissent d'abord, puis cessent complètement. Les vomissements, très douloureux à ce moment, réapparurent alors, mélangés d'une notable quantité de *sang* [1]. Ajoutez à cela une sensation de constriction au

[1] Ce symptôme (hémorrhagies diverses) avait été signalé avant nous en Allemagne, dans l'intoxication aiguë par la morphine.

pharynx et un certain degré de disurie, et vous aurez le tableau complet, et qui commençait à devenir assez sérieux, de l'état du malheureux Z...

La scène avait brusquement changé de face en trois ou quatre heures, et les sensations éprouvées alors étaient loin d'être gaies et riantes ; néanmoins la température était normale, le pouls également normal, la connaissance complète, et à aucun moment, il faut bien le dire, il n'y eut menace de mort.

Devant ces symptômes qui ne manquaient pas cependant de présenter une certaine gravité, et qui menaçaient de s'aggraver encore, si on n'y apportait pas remède, on administra tout d'abord 200 grammes de café additionné de cognac.

Nouvelle dose, une heure après, de 100 grammes.

Au bout de deux heures, tout danger de syncope était conjuré, les vomissements avaient complètement disparu, et il ne restait plus chez Z..., qu'un certain degré de faiblesse et d'obnubilation, et la ferme résolution de ne plus recommencer semblable expérience.

Conclusions. — Si l'on veut maintenant résumer en quelques mots les phénomènes observés dans l'intoxication aiguë, telle que nous l'avons définie, c'est-à-dire dans le premier degré de l'empoisonnement, on trouve des symptômes de deux ordres, physiques et psychiques :

1° Les symptômes physiques, les troubles physiques ne commencèrent à se montrer que très tard. Ce sont ceux qui préludent à tout empoisonnement : douleur épigastrique, troubles circulatoires et vaso-moteurs, vomissements pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie. Nous avons insisté ailleurs sur l'altération des fonctions visuelles en pareille occasion;

2° Mais les symptômes les plus intéressants sont certainement les troubles psychiques. — Sans parler des sensations

d'euphorie et d'excitation cérébrale que nous avons analysées ici, et qui accompagnent physiologiquement toute injection de morphine, nous voulons appeler tout particulièrement d'attention sur la présence d'*hallucinations visuelles et d'illusions de la vue* indéniables. Il y avait peut-être pour les expliquer chez notre morphinisé, un élément surajouté que nous ignorons. Nous ne le croyons pas : Mais ce qu'il est permis de dire, c'est qu'elles y existaient très nettement.

Dans tous les cas, il nous a paru plus intéressant de prendre comme pivot de description symptômatique dans l'intoxication aiguë peu avancée, l'exemple que nous avons choisi, en raison des détails précis qu'il nous a été donné d'y observer.

§ 3. — Empoisonnement aigu par la morphine

Nous arrivons maintenant au second degré d'intoxication aiguë que nous nous sommes proposé d'étudier, c'est-à-dire à l'empoisonnement véritable On comprend qu'ici les troubles observés présentent un tableau spécial et méritent d'être décrits à part. D'abord les phénomènes physiques existent seuls; plus de troubles psycho-sensoriels comme dans le cas précédent. Le fond de la scène sera, à peu de chose-près, celui de tout empoisonnement.

Nous avons cependant pensé qu'il était bon d'entrer à ce sujet dans quelques détails, parce que peu d'empoisonnements par la morphine, ont été publiés jusqu'ici : la plupart des descriptions, comme nous l'avons dit, ont trait surtout à des expériences sur des animaux.

Nous avons pu observer quelques cas d'empoisonnement par la morphine. Trois des morphinomanes dont nous possédons l'observation, ont, dans le cours de leur intoxication, pour se suicider, absorbé des quantités prodigieuses de morphine, bien plus élevées que leurs doses habituelles. On

trouvera aux observations indiquées, la mention et les détails de ces tentatives d'empoisonnement. L'une d'elles put absorber impunément 6 grammes de morphine. Mais, comme on pouvait le prévoir, par le fait de l'accoutumance, la morphine n'a pas eu les effets désirés, et on n'a pas assisté à de véritables phénomènes d'empoisonnement.

Nous avons préféré prendre pour base de notre description symptomatique, une observation, dans laquelle il s'agit bien encore d'une morphinomane, mais d'une morphinomane moins avancée, et chez laquelle, du moins, on a constaté le tableau complet de l'empoisonnement par la morphine.

Ici évidemment bien des phénomènes étudiés dans le cas précédent, léger du reste, ne se sont pas montrés, tels que les hallucinations visuelles, illusions, troubles gastriques, etc.; mais en revanche, d'autres dus à l'empoisonnement réel, sont venus s'ajouter au tableau symptomatique de l'intoxication aiguë. C'est à ce titre que cette observation est intéressante, et c'est à ce titre que nous le prenons comme canevas de notre description symptomatique. Abordons du reste, l'étude des faits ; fidèle à notre coutume, nous exposerons dans le cours de l'observation, les considérations qu'elle nous aura suscitées.

Il s'agit d'une fille soumise, la fille B...., âgée de 19 ans, entrée à l'Infirmerie du Dépôt au mois de mars 1885, et arrêtée pour infraction au règlement concernant la police des mœurs.

Remarquons tout d'abord ici la situation irrégulière de la malade, Plusieurs fois dans le cours de ce livre, nous aurons occasion de montrer combien la morphinomanie est fréquente à l'heure actuelle chez les femmes galantes de tous les degrés.

La fille B..... absorbait journellement 30 centigrammes de morphine avant d'entrer à l'Infirmerie du Dépôt.

La passion pour la morphine avait eu pour cause ici la contagion de l'exemple. Elle avait eu un amant morphinomane qui lui avait fait contracter cette funeste habitude. — Un autre cas de morphinisme que nous citerons plus loin avait eu la même origine. Quoiqu'il en soit, cette passion remontait à un an. Comme cela arrive toujours, elle avait débuté par une dose très minime, croyant pouvoir s'arrêter. Mais c'est là un jeu des plus dangereux qui est fatal à tous : la fille B... en fut la victime. Loin de pouvoir s'arrêter, elle fut forcée d'augmenter les doses pour éprouver toujours les mêmes effets, et l'alcaloïde était devenu peu à peu un aliment absolument nécessaire à son organisme.

Du reste l'histoire des débuts d'un morphinomane est, il faut bien le dire, absolument banale. C'est toujours l'éternelle question d'un caprice devenu au bout de peu de temps une nécessité. Consultez les morphinomanes par euphorie ; on a pris une première injection de morphine parce qu'on a été poussé par la curiosité, en se promettant bien de ne pas y revenir. La première vous ayant rendu malade, vous en prenez une seconde pour juger de l'effet véritable, puis une troisième, puis dix, puis vingt. Bientôt même ce ne sera plus pour éprouver de la jouissance, du bien-être, que l'on s'en pratiquera, mais on se piquera *par nécessité*, parce que l'organisme réclamera impérieusement son poison quotidien. En deux ou trois mois, quelquefois en moins de temps, on aura ainsi parcouru les trois stades nécessaires que nous avons toujours trouvés chez l'intoxiqué avant d'arriver à la morphinomanie avérée. Ces trois stades, nous les avons indiqués plus haut. Dans une première phase l'injection est pénible ; elle produit ensuite une sensation de bien-être, et dans un troisième stade elle est surtout nécessaire.

Sous ce rapport, nous le répétons, l'histoire de la fille B..... est banale. Elle était arrivée ainsi peu à peu à absorber quotidiennement 30 centigrammes de morphine lorsqu'elle fut amenée au Dépôt dans les conditions précitées.

Comme cela est la règle, elle avait été fouillée à son arrivée et trouvée porteuse d'un arsenal complet : seringue de Pravaz, et solution non titrée dans un énorme flacon de 200 grammes. Tout cet arsenal lui est enlevé et déposé au greffe, malgré ses pleurs et ses récriminations ; elle est ensuite placée dans la salle commune aux filles.

Tels sont les renseignements fournis sur ses antécédents. Il faut dire ici que les renseignements ne nous ont été donnés qu'après la scène d'empoisonnement que nous allons maintenant raconter.....

... Le lendemain sur les 2 heures nous fûmes appelé en toute hâte, étant de garde, pour une femme qui se mourait et qui ne présentait plus aucun mouvement.

Nous nous trouvons alors en présence de notre morphinomane que nous ne connaissions nullement et dont nous ne connaissions même pas la passion pour la morphine.

On venait de l'amener du parloir des avocats absolument inanimée : cinq minutes avant d'entrer dans cette chambre elle ne présentait rien d'anormal. Elle s'était évanouie, nous dit-on, subitement, n'avait pu prononcer aucune parole, et on l'avait transportée dans cet état sur un lit à l'Infirmerie du Dépôt.

Ne connaissant ni les antécédents de la malade, ni les circonstances qui avaient accompagné son entretien dans le parloir, nous ne pouvions naturellement qu'être livré à des hypothèses. La malade, étendue sans mouvement, ne prononçant aucune parole, ne pouvant faire aucun geste, ne nous donnait naturellement aucun renseignement.

Nous examinâmes alors les différentes fonctions : le cœur très lent battait seulement 50 pulsations ; les mouvements respiratoires étaient bien au-dessous de la normale.

Nous en étions là de notre examen lorsque nous apprîmes non sans difficultés et par l'intermédiaire de la sœur, comment la scène s'était passée dans le parloir :

Privée de morphine depuis vingt-quatre heures, la fille B...

au moment où son avocat l'avait fait mander pour s'entretenir avec elle, se trouvait dans cet état d'angoisses si particulier que nous étudierons lorsque nous parlerons des troubles produits par l'abstinence de la morphine. Souffrant de la sorte, elle n'eut pas de peine à faire comprendre à son interlocuteur, que, habituée à se piquer à la morphine, cet état d'angoisses disparaîtrait si on la laissait se pratiquer une injection, ajoutant, du reste, qu'elle rendrait sa seringue une fois l'injection faite.

L'avocat, prenant ses souffrances en pitié, se rendit à son raisonnement, et commit la faute impardonnable de faire chercher au greffe la seringue de Pravaz et la solution demandées, au lieu de l'envoyer à l'Infirmerie. La fille B..., une fois en possession de son arsenal chéri, avec cet appétit qui caractérise le morphinomane sevré de son poison, se fit avec rage une série de piqûres consécutives, avant de se séparer de sa seringue.

Les effets d'une pareille imprudence ne se firent pas attendre longtemps. Au bout de cinq minutes environ, elle chancela et tomba inerte sans proférer une parole ; c'est alors que l'avocat épouvanté des conséquences d'un pareil accident l'avait fait transporter à l'Infirmerie.

Notre hésitation tomba vite avec la connaissance de tous ces détails : nous étions en présence d'une intoxication aiguë d'un empoisonnement grave par la morphine : il n'y avait pas de doute possible.

Il fut difficile alors de savoir combien la fille B..... avait absorbé de morphine, mais d'après les révélations qu'elle nous fit plus tard, il est probable que sous l'empire de la grande frayeur qu'elle avait de ne plus pouvoir se piquer de si tôt, elle avait de beaucoup dépassé la dose ordinaire ; elle avouait s'être injecté sans retirer l'aiguille cinq à six seringues d'une solution sans titre connu, il est vrai, mais très concentrée; et, vraisemblablement, elle s'en était injecté davantage.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes présentés alors offraient la plus grande gravité.

Nous avons déjà dit que les battements du cœur étaient très lents et difficiles à apprécier: nous étions probablement alors rendu à la seconde phase, car d'après les expériences sur les animaux de Laborde [1], Calvet [2], Chouppe [3], la première phase de l'empoisonnement est caractérisée par l'accélération des battements du cœur. La température était certainement abaissée, mais malheureusement tout entier au traitement, on n'eut ni le temps ni le loisir de placer le thermomètre dans l'aisselle. — Nous avons déjà dit que les membres étaient dans la résolution la plus complète. La sensibilité sensitivo-sensorielle était aussi complètement abolie. Le reflexe patellaire, le réflexe plantaire, étaient disparus : une épingle était enfoncée à travers la peau de la malade sans provoquer la moindre réaction.

En un mot, on était en présence d'un état grave caractérisé surtout par le coma et le collapsus. Quelques efforts de vomissements, pas de diarrhée. Mouvements respiratoires descendus àdix par minute. Enfin des phénomènes intéressants du côté des yeux que nous regardons, du reste, comme étant assez caractéristiques de l'empoisonnement par la morphine. Nous y insisterons, parce qu'il y a là une question intéressante encore en litige.

— Il est évident que dans le cas dont nous parlons, l'examen ophthalmoscopique n'a pas été pratiqué. Il eût été intéressant, en effet, de voir si la clinique corroborait ici les données fournies par la physiologie. Il eût été intéressant de voir si nous avions ici anémie rétinienne, comme le fait a été constaté par Laborde [4] et par Calvet dans les yeux d'animaux

[1] Laborde, *Loc. cit.*

[2] Calvet, *Études expérimentales et chimiques sur l'action physiologique de la morphine*, 1877.

[3] Chouppe, *Gazette médicale*, 1874, p. 31.

[4] Laborde. *Société de Biologie*, 13 janv. 1877.

empoisonnés par la morphine[1]. Car nous ne croyons pas que l'examen ophthalmoscopique ait encore été pratiqué chez l'homme intoxiqué par la morphine, à l'état aigu. Ce desideratum manque dans notre observation.

Mais d'autres particularités intéressantes se montrèrent du côté de la pupille et de la cornée. Nous en avons parlé dans notre chapitre sur les complications visuelles; nous ne nous répéterons pas ici. *La pupille était très dilatée:* elle mesurait au moins le n° 7 par le procédé de Hutchinson. Ce fait de la dilatation pupillaire est en rapport avec les expériences de Laborde et de Calvet, sur les animaux, mais est en contradiction flagrante avec les assertions de Vibert[2] qui prétend que le resserrement de la pupille est proportionnel à la quantité de morphine injectée, et que dans le cas d'intoxication, elle devient punctiforme.

La dilatation pupillaire que nous signalons ici, a, du reste, été constatée par Calvet[3] qui, dans un cas d'empoisonnement par la morphine suivi de mort, a trouvé une dilatation pupillaire très manifeste.

A cette dilatation de la pupille se joignait chez notre morphinomane, une *abolition complète du reflexe pupillaire;* l'ouverture et l'occlusion alternative des paupières, ne provoquaient absolument aucun mouvement du côté de l'iris excité; l'approche d'une bougie ne le faisait pas réagir davantage.

Le reflexe cornéen était aussi disparu et la piqûre d'une épingle sur la cornée ne provoquait aucun reflexe oculo-palpébral.

— Tout ce cortège de symptômes ne laissait pas que de devenir très inquiétant. Cet état durait depuis plus de deux heures. Enfin, sous l'influence du tannin et surtout du café à haute

1 *Essai sur le morphinisme*, 1876.

2 Vibert. *Des injections de morphine*, 1876, *journal de Thérapeutie.*

3 Calvet. *Loc. cit.*

dose, la respiration commença à devenir plus ample; les battements du cœur devinrent également peu à peu plus nets et plus accélérés; la température remonta sous l'influence des frictions et du massage. Et enfin, au bout de trois heures, tout danger était conjuré; la pupille était redevenue normale et les reflexes pupillaire et cornéen avaient reparu.

Le lendemain, il n'y paraissait plus rien.

La fille B... est sortie du dépôt trois jours après, complètement guérie de son empoisonnement, mais vraisemblablement aussi morphinomane qu'à son entrée. Nous ne l'avons pas revue.

Nous n'ajouterons que peu de choses à cette description symptômatique. On voit qu'ici ce ne sont plus, comme dans la phase d'intoxication que nous avons étudiée tout à l'heure, les phénomènes psycho-sensoriels (hallucinations, etc. etc.), qui dominent la scène. On a, au contraire, ici, un cortège de symptômes exclusivement somatiques, qui se rapprochent, du reste, beaucoup de ceux de tout empoisonnement. Remarquons cependant l'absence de troubles gastro-intestinaux, vraisemblablement parce qu'il y eut ici sidération.

Remarquons aussi la présence de troubles visuels qui nous ont paru intéressants, parce que nous ne les avons pas encore vus signalés chez l'homme. Nous en parlerons, du reste, dans un chapitre spécial.

§ 4. — Expérimentation sur les animaux. — Expériences personnelles

Il nous resterait, pour être complet, à étudier l'expérimentation sur les animaux. Mais il importe de faire observer ici que nous ne pouvons entrer à ce sujet dans de trop longs développements, sans sortir de notre cadre et de notre sujet, qui comporte seulement l'étude clinique du morphinisme. Aussi serons-nous encore bref.

Nous ne parlerons pas ici des expériences intéressantes de

Chouppe[1], de Laborde[2], de Calvet[3], touchant l'influence de la morphine sur les différentes fonctions, sur la circulation, et les résultats ophthalmoscopiques intéressants. — Nous les avons relatées plus haut et nous n'y reviendrons pas.

En Allemagne aussi, bien des expérimentations furent faites sur les animaux et même sur l'homme. Après Kazof qui fit des expérimentations sur lui-même[4], Levinstein[5] se livra à quelques expériences concernant surtout l'analyse des liquides organiques. Il parvint à provoquer une albuminurie d'origine morphinique. Il trouva que le plan de polarisation était alors toujours dévié à gauche dans l'intoxication chronique, et à droite dans l'intoxication aiguë. Cet expérimentateur constata en outre, dans certains cas, la présence du sucre.

Plus tard, Filehne[6] étudia l'action de la morphine sur la respiration et Witroswki[7] sur le cœur. — Rosenthal enfin, fit paraître, en 1886, des recherches intéressantes sur l'action de cet alcaloïde[8].

Au point de vue de la morphinomanie proprement dite, les expériences sur les animaux sont très difficiles à mener, on le comprend, mais ont cependant été tentées.

Tout d'abord, en dehors de l'expérimentation scientifique, l'examen de ce qui se passe chez les opiophages orientaux, fournit par comparaison quelques détails intéressants relatés par les voyageurs. Dans cet ordre d'idées, tout le monde connaît cette contagion d'animaux domestiques, par le fait de la simple cohabitation avec des maîtres theriaqui pendant

1 Chouppe, *Loc. cit.*
2 Laborde, *Loc. cit.*
3 Calvet, *Loc. cit.*
4 Kazof. *Loc. cit.*
5 Levinstein. Nouvelle contribution à l'étude de la morphinomanie (1876). — Berl. Klin W. 1876, n° 14 (3/4).
6 *Arch., f. experim. Path. und Pharm.*, 1878, p. 42.
7 *Deutsche med.* W. 1879.
8 *Centralblatt*, 1886, 121.

un certain laps de temps. — Et si nous voulions faire ici à ce propos des citations empruntées aux voyageurs, aux différents auteurs, nous pourrions y consacrer des pages entières. On a cité des chiens, des singes, devenus opiophages ou plutôt theriaqui, au contact de leurs maîtres, et habitués à respirer, eux aussi, les vapeurs opiacées. Dans certains cas, l'intoxication était si réelle, que le départ de leurs maîtres, plongea ces animaux, ainsi privés du même coup de leurs timulant, dans un véritable *état de besoin*. Cet état de besoin se caractérisait par les mêmes symptômes que chez l'homme.

Comme expériences directes, on a surtout expérimenté sur des lapins[1]. En pareil cas, ce que l'on a surtout constaté, c'était l'*accoutumance*, et l'on est parvenu chez eux, peu à peu, à des doses considérables.

Mais il eut été intéressant de provoquer chez les animaux l'*état de besoin*, la caractéristique en somme du morphinisme. Or, nous avons cherché en vain dans les auteurs des expériences de cet ordre, difficiles, on doit le dire, à provoquer, et à contrôler chez des êtres qui ne peuvent rendre compte de leurs sensations.

Aussi est-ce dans cette série d'idées seulement, qu'ont porté pendant six mois nos efforts et nos recherches. Nous étions encouragé dans cette voie par ce que nous avions vu dans le cours de nos études, à propos des résultats d'ordre psycho-sensoriel, obtenus par certains aliénistes expérimentateurs sur les animaux, M. Magnan, par exemple, dans ses expériences sur les symptômes hallucinatoires de l'ingestion absinthique. Certains animaux, s'ils n'ont pas la parole, donnent du moins par leur habitus, leur façon de réagir, des renseignements très précieux. Nous ne voulons pas ici donner en détail toutes les expériences que nous avons faites à plusieurs reprises, nous nous contenterons de rapporter

[1] Jemungs, *Loc. cit.*, etc.

les plus typiques. Nos expériences n'ont porté que sur des chats et des chiens :

Première expérience. — Jeune *chat* de huit mois. — On lui pratiqua pour commencer une première injection de un quart de centigramme, qui eut pour résultat un état de maladie très accentué (vomissements, sueurs froides, insomnie). La seconde ne produisit presque rien ; la troisième ne se manifesta par aucun accident. Le huitième jour seulement, nous injections un centigramme. Il faut, en effet, procéder très prudemment chez les chats qui sont tués par un centigramme administré d'emblée.

Peu à peu, nous augmentâmes les doses et nous arrivâmes, grâce à l'accoutumance, au bout de deux mois, à dix centigrammes. Durant les premières piqûres, nous dûmes employer la ruse et la violence pour ne pas être mordu ; mais à la septième, fait très digne d'être noté, parce qu'il démontre presque chez les animaux, la présence de l'euphorie morphinique, ce jeune chat n'opposait déjà plus de résistance. Pour quelques piqûres, *il était même manifeste qu'il attendait son injection, il courait vers l'expérimentateur, lui sautait sur les genoux et ne manifestait aucune plainte à la petite blessure, si ce n'est un très léger miaulement.*

Il ne restait plus qu'à rechercher le point véritablement important de l'expérience : l'*état de besoin.* Il était curieux de savoir si on pouvait l'obtenir chez les animaux. Je soumis alors l'animal en expérience, arrivé à 10 centigrammes, à une démorphinisation semi-brusque.

Au bout d'une journée d'attente : cris, agitation nocturne, insomnie absolue. Il y eut même de la diarrhée. En somme, un tableau de symptômes physiques et sensoriels, presque aussi complet que chez l'homme en *état d'abstinence.*

On lui redonne un peu de morphine, les symptômes s'arrêtent. Au bout de quinze jours, tout rentrait dans l'ordre :

la suppression progressive avait amené une guérison complète.

Deuxième expérience. — Jeune *chienne* de deux ans et demi. — Malheureusement, en raison des circonstances, l'expérimentation ne put être menée aussi loin que précédemment.

Première injection de 2 centigrammes. — Vomissements alimentaires et bilieux abondants, agitation, aboiements sourds. — N. B. Chez les chiens, il faut aller jusqu'à 10 centigrammes d'emblée pour amener la mort.

Deuxième injection le lendemain. — Aucun accident.

Même dose pendant huit jours, puis augmentation progressive des doses à partir du huitième jour, jusqu'à la dose de 15 centigrammes que l'animal supportait très bien sans manifester aucun accident. Lui aussi manifestait une joie réelle quand on s'apprêtait à lui faire sa piqûre.

Malheureusement notre expérience s'arrête ici, l'animal s'étant perdu.

Nous nous arrêtons ici. Nous pourrions encore rapporter deux faits aussi probants que le premier, mais qui n'en seraient que la répétition presque exacte. — Du reste, dans nos expériences, nous ne nous sommes placé qu'à ce point de vue spécial de la production des différents états du morphinisme, et avons négligé différentes questions que nous nous proposons d'étudier dans des expérimentations ultérieures.

Conclusions. — Mais il ressort clairement des expériences du reste très simples, que nous avons faites et dont nous avons résumé les plus probantes, que l'on peut chez les animaux provoquer l'*élévation croissante des doses*, l'*accoutumance* et l'*état de besoin*, c'est-à-dire les trois caractères fondamentaux qui constituent la morphinomanie.

CHAPITRE IV

DE L'ABSTINENCE MORPHINIQUE

Nous avons vu au chapitre de l'étiologie et des symptômes quels sont les effets de l'accoutumance morphinique. Nous avons vu qu'au bout d'un certain temps ce n'est plus la sensation de bien-être, ce n'est plus le désir d'une volupté quelconque qui pousse le morphinomane à se faire des injections.

Au bout de quelque temps de la pratique des injections de morphine (tous les morphinomanes que nous avons interrogés à ce sujet ont été unanimes à nous faire cet aveu), ce n'est plus la recherche de l'euphorie qui les attire, c'est *la souffrance engendrée par la privation du poison.* C'est ce que M. Charcot désigne si justement sous le nom de *besoin vital* [1], de besoin psycho-somatique.

En effet, par les effets d'une longue accoutumance, la morphine n'est plus bientôt recherchée comme un agent de volupté, mais comme un aliment devenu absolument nécessaire au fonctionnement normal de l'organisme, et en particulier de l'activité cérébrale. Elle est devenue, il est assez difficile d'expliquer physiologiquement ce fait, aussi nécessaire à la vie physique que les autres aliments journaliers.

Je dirai même plus : un morphinomane se privera plutôt de nourriture que de son poison favori. Et le cas échéant, il

[1] In these de Jouet (*loc. cit.*).

aimera cent fois mieux se passer d'aliments que de morphine.

Nous avons connu une morphinomane dont nous donnerons l'observation plus loin, modiste de son état, qui ne gagnait que 2 à 3 francs par jour, chez qui cette nécessité vitale était précisément très forte, et qui dépensait sur ce faible gain 2 francs pour l'achat de son poison : elle préférait souvent se priver de nourriture plutôt que de diminuer sa provision journalière d'alcaloïde. « Il m'est arrivé souvent, nous disait-elle, de ne pas manger des jours entiers pour avoir l'argent nécessaire à l'achat de ma *poudre*... » Il est vrai de dire qu'elle s'injectait par jour jusqu'à 2 grammes de morphine.

On pourrait multiplier ici les citations pour démontrer l'existence bien réelle de cette nécessité vitale qui succède à l'usage abusif de ce poison.

Un autre morphinomane que nous avons connu, se trouvant retenu plus que de coutume par des circonstances indépendantes de sa volonté, dans un endroit cependant très fréquenté, s'avouait vaincu par ce besoin irrésistible de son organisme qui lui demandait sa ration quotidienne. Au mépris des convenances, et surtout en dépit de la tendance qu'ont tous les morphinisés à cacher leur passion, ne pouvant plus y tenir, il se piquait devant tout le monde en demandant pardon aux gens qui l'entouraient. « Je souffre trop, disait-il pour s'excuser de son sans-gêne, je ne puis attendre plus longtemps. »

L'existence des morphiniques est remplie d'anecdotes de ce genre. Et, sous ce rapport, d'accord en cela avec les données physiologiques, la clinique permet, je crois, de distinguer trois phases dans la vie pathologique du morphinomane :

1° Une *phase simplement analgésique*, lorsque la maladie a une origine thérapeutique;

2° Une *phase de bien-être, qui varie* selon les auteurs, mais qui est relativement courte. C'est la *phase d'euphorie* des Allemands. Fiedler est le premier qui l'ait signalée, et qui lui ait donné ce nom bien avant Levinstein (*Deutsche Zeitschrift f. prakt. med.* 1874, p. 9). — Marandon de Montyel appelle cette période, *période de puissance morphinique.* Nous préférons entendre par *puissance morphinique* l'état immédiat et court qui suit l'injection morphinique ; en d'autres termes, nous faisons cette expression synonyme d'ivresse morphinique, et non de période ;

3° Une *phase de besoin psycho-somatique*, de besoin vital. — Cette phase ne se fait guère attendre chez la plupart des intoxiqués. — Dans nos observations, elle s'est montrée, en moyenne, dans le cours du deuxième mois. Au bout de deux mois, en effet, quelquefois plus, quelquefois moins, le morphinomane ne recherche plus la sensation de bien-être des premières injections ; il cherche seulement à assouvir un besoin qu'il s'est créé lui-même, mais qui n'en est pas moins réel, et aussi tenace que le besoin de la faim chez un affamé. — La morphine est devenue à ce moment, pour lui, non un agent qui lui procure des sensations agréables, mais un *aliment nécessaire*, dont la privation, le retard même lui est devenu extrêmement pénible. Cette dernière phase, qui nous intéresse ici spécialement, arrive vite, disons-nous, nous ajoutons : elle arrive fatalement. Tous les auteurs sont unanimes à ce sujet.

Ce *besoin vital* est plus ou moins tenace, selon le caractère plus ou moins névropathique de chacun, mais il vient toujours un moment dans la vie du morphinomane où il arrive à se montrer. Et alors, la morphinomanie touche de près ici à la psychose, bien qu'on ne doive pas cependant lui donner ce nom, car cette appétence morbide n'a rien de comparable aux accès du dipsomane, par exemple, et aux états impulsifs analogues.

§ 1. — La morphinomanie est-elle une psychose ?

Disons incidemment que cette idée de considérer la morphinomanie comme une psychose, a été émise pour la première fois en Allemagne en 1871 par Lœhr [1] qui, le premier, avant Fiedler et Levinstein, employa pour la désigner le nom de manie (Sucht.). Fiedler en 1874 (*Loc. cit.*), signale ensuite des illusions et des hallucinations dans le cours de cette passion amorphinique. — Le premier travail de Levinstein sur cette question date seulement de 1876 [2]. — Il y a là une question de priorité qui, jusqu'à présent, était dévolue à Levinstein.

Quoi qu'il en soit, ce besoin vital qui pousse le morphinomane, ne doit pas faire comparer la morphinomanie aux états anxieux, impulsifs et irrésistibles, tels que la dipsomanie, la kleptomanie, bien, comme je l'ai dit, qu'il y ait quelques points de ressemblance, comme le soulagement qui suit l'injection de morphine. — Car il y aura toujours entre la morphinomanie et les psychoses de cet ordre, cette différence capitale, que, dans le premier cas, l'appétence pour la morphine est créée artificiellement et que l'*état de besoin peut être dévéloppé chez le premier venu ;* tandis que dans le second cas l'état d'impulsion est créé par un fond de dégénérescence mentale préexistante, dégénérescence mentale qui fait que le dégénéré, sans cause occasionnelle, sans l'influence d'aucun élément étranger, sera poussé à tuer, à boire, à voler, etc.

Néanmoins, bien que la morphinomanie n'ait pas tous les caractères des états que dans une nouvelle nomenclature on appelle syndromes épisodiques des dégénérés [3], l'usage a

[1] *Ueber Morphiumsucht* (*Loc. cit.*).

[2] Lœhr. *Ueber Missbrauch in Morphiuminjectionem* (Algemeine Zeitschr. f. Psych., Bd XXVIII (1872, 3 Hellt, p. 349).

[3] Magnan, Saury, Legrain, *Loc. cit.*

prévalu, et on doit lui conserver le nom de morphinomanie.

Bien que les états ainsi dénommés : dipsomanie, pyromanie, kleptomanie, oniomanie, impliquent l'idée d'obsession et d'irrésistibilité et surtout d'hérédité, dans la pensée de leur auteur, il n'y aura jamais de confusion possible; et l'on s'entendra toujours sur la signification de l'appellation *morphinomanie*. Cependant pour ne pas préjuger la question de trouble psychique spécial, que comporte cette appellation, on pourrait peut-être avec Lancereaux (*Semaine médicale*, n° 23, 1884) employer l'expression de morphinisme chronique pour désigner l'ensemble des symptômes produits par l'usage abusif de la morphine, les rapprochant ainsi de ceux produits par l'alcoolisme chronique. — On réserverait alors le nom de morphinomanie à des états *extrêmement rares* du reste, où comme dans la dipsomanie, le malade serait poussé en vertu d'une *impulsion irrésistible*, et *par accès seulement*, à se faire des piqûres de morphine. Nous ne croyons pas qu'un pareil état se soit jamais rencontré.

Quoi qu'il en soit, bien que ce *besoin vital* n'ait, par son origine et par sa nature, rien qui puisse faire ranger la morphinomanie parmi les psychoses, il n'en existe pas moins; et pour l'étude de l'abstinence morphinique qui nous occupe en ce moment, il nous importe d'être bien fixés sur son existence.

On conçoit, en effet, étant donnée l'existence de ce besoin psycho-somatique, de cette appétence morbide pour la morphine, qu'on ne puisse pas en priver impunément l'organisme. Là est tout le nœud de la question, là est toute la pathogénie des troubles provoqués par l'abstinence morphinique, et on nous pardonnera si nous sommes, à ce sujet, entré dans de longues considérations. — Il était, du reste, facile de prévoir que l'abstinence morphinique pouvait provoquer un cortège de symptômes bruyants, si l'on songe à l'irritabilité si particulière du morphinique dans le simple retard apporté à sa piqûre. Nous reviendrons plus loin sur cette

physionomie toute spéciale du morphinomane attendant sa piqûre.

Il faut cependant dire que les troubles provoqués par l'abstinence morphinique ne présenteront pas toujours le caractére d'acuité qu'on s'attend à leur trouver.

Il y a en cela, comme pour tous les cas cliniques, des questions secondaires de prédispositions individuelles, de *doses* surtout, dont il faut tenir le plus grand compte.

Nous avons assisté personnellement à plusieurs cas d'abstinence morphinique soit thérapeutique, soit accidentelle. Dans certains cas, le cortège symptomatique est très peu accentué; dans d'autres, au contraire, il y a un assemblage de symptômes graves et bruyants qu'on n'oublie pas quand on y a assisté une fois seulement.

Il faut, il est vrai, se défier en pareil cas, et voir si le patient ne prend pas de morphine en cachette, mais il faut aussi tenir compte des réactions qui sont très peu vives chez certains organismes.

Il y a aussi la question des doses qui est très importante : Il est évident, en effet, qu'un organisme à qui on enlèvera 1 gramme par jour, réagira plus violemment que si on lui enlevait 5 centigrammes.

Nous considérerons dans notre description le cas ordinaire de l'abstinence morphinique chez un morphinomane qui se voit enlever 50 centigrammes à 1 gramme de sa ration quotidienne.

Selon notre habitude, nous prendrons comme canevas de notre description symptomatique deux cas intéressants d'abstinence morphinique typiques qu'il nous a été donné d'observer, l'un thérapeutique, l'autre accidentel.

Le premier se rapporte à un cas de suppression brusque, traitée et réussie dans un but thérapeutique chez une morphinomane invétérée. Pour ne pas nous exposer à des répétitions inutiles, nous renvoyons le lecteur au chapitre du traitement où l'on trouvera cette observation avec tous les

détails se rapportant au cortège symptomatique de l'abstinence morphinique forcée dont nous parlons en ce moment.

Le second cas se rapporte à une abstinence morphinique accidentelle. Nous le donnons ici in-extenso avec toutes les considérations qu'il nous a suggérées.

Notons ici que nous aurons surtout en vue les troubles somatiques dans notre description.

§ 2. — Troubles psycho-sensoriels

Les troubles psychiques de l'abstinence tels que :

1° État maniaque ;

2° Hallucinations ;

3° Impulsions, etc. etc.

seront étudiés dans la seconde partie de notre mémoire à notre chapitre de l'abstinence morphinique au point de vue de la responsabilité. Nous nous contenterons de dire ici que de nos observations à ce sujet il résulte : *Que les fonctions cérébrales dans l'abstinence morphinique se trouvent par le fait de la suppression surexcitées au maximum ;*

Que l'état mental observé alors ne se trouve plus du tout comparable à l'état mental observé dans le cours du morphinisme. C'est là une conclusion très importante à retenir dans le cas de responsabilité pénale, et nous y reviendrons.

Mais pour l'instant, nous glisserons sur les troubles psychiques dus à l'abstinence morphinique, insistant surtout sur les phénomènes purement physiques de cet état si spécial.

Abordons donc l'étude des faits pour en tirer ensuite les conclusions pratiques qui en découlent.

§ 3. — Symptômes physiques

Remarquons avant de commencer notre description que les

effets de l'abstinence morphinique peuvent revêtir deux aspects symptomatiques bien différents : ils peuvent consister soit en *un état d'agitation maniaque* comme dans notre premier exemple, soit en un état présentant les *phénomènes du collapsus*. Nous avons ainsi choisi parmi beaucoup d'autres que nous possédons deux exemples qui nous donnent un tableau symptomatique de ces deux états si différents. Disons cependant, pour être vrai, que ces deux états alternent quelquefois chez le même individu en abstinence.

Mais abordons l'étude des faits par l'observation de la fille X... qui rentre dans la seconde catégorie. Nous verrons ensuite les conclusions que nous devons tirer.

Morphinomanie. — Suppression des injections. — Accidents produits par cette suppression. — Coexistence de troubles alcooliques. — (Il s'agit ici, non de suppression brusque *thérapeutique*, mais de suppression brusque *accidentelle*. — La fille X..., *insoumise* [1], entre au Dépôt de la préfecture de police au mois de février 1885 pour infraction au règlement concernant la prostitution clandestine.

Comme on le fait pour toutes les détenues, elle est fouillée à son entrée. On lui enlève tous les menus objets qu'elle a sur elle : porte-monnaie, argent, etc. et avec cela une seringue de Pravaz et une solution de morphine au trentième, qu'elle avait dissimulée dans ses poches. Tous ces objets sont mis de côté, et déposés au greffe, pour lui être rendus, comme le comporte le règlement, à sa sortie du Dépôt.

La fouilleuse préposée à ces fonctions, et que nous avons consultée à ce sujet, nous a du reste déclaré qu'il lui arrivait souvent, en visitant les filles publiques et les insoumises, de leur trouver un pareil arsenal. Elle remarque cela surtout depuis quelques années, cinq ou six ans, et depuis un ou deux ans le chiffre en a augmenté. Et ce n'est toujours

[1] *Insoumise* est le nom donné aux filles se livrant à la prostitution clandestine et sans autorisation de la préfecture de police.

qu'aux prix des plus vives récriminations qu'elles arrivent à vouloir se séparer de leurs seringues et de leurs solutions.

Comme nous l'avons dit ailleurs, nous avons du reste nous-même fait la même remarque. Plusieurs fois des *insoumises* sevrées de leur ration quotidienne nous ont fait l'aveu de leur passion pour la morphine. Plusieurs fois, faisant le service de garde, nous avons été appelé pour soigner les premiers accidents, d'ailleurs légers, dus à la suppression brusque, chez des filles morphinomanes ; nous pourrions à ce sujet, multiplier les observations, car nous avons été à même d'observer le fait fréquemment. De par cette fréquence, elles offrent peu d'intérêt et nous ne les consignerons pas ici, car elles se ressemblent à peu près toutes et rentrent par cela même dans l'histoire banale et connue de la morphinomanie classique.

Les doses employées généralement en pareil cas ne dépassaient pas 10 centigrammes et les symptômes observés étaient ceux que nous avons longuement décrits ailleurs.

Nous croyons inutile d'y insister ; nous tenions simplement à signaler le fait pour prouver cette assertion déjà avancée par Notta et d'autres auteurs, et qui maintenant est connue de tous, à savoir que la population des filles publiques, à Paris du moins, paye un large tribut à la morphinomanie.

Nous n'insisterons donc pas davantage, mais il y a cependant un fait que nous tenons à signaler, une remarque que nous avons faite bien souvent, et que nous n'avons guère observé que chez cette catégorie, d'ailleurs la plus nombreuse, à notre avis, de morphinomanes ; c'est que, dans ce groupe d'intoxiquées, on ne tient nul compte des doses employées, du titre des solutions. Or, nous avons vu que chez les médecins et les pharmaciens en particulier, qui ont été longtemps les seules classes de la société à fournir des

morphinomanes, les doses injectées sont toujours connues et pesées exactement, l'augmentation dans les quantités est pour ainsi dire inscrite jour par jour. Nous avons remarqué, du reste, cette tendance à noter scrupuleusement le poids de la morphine injectée quotidiennement, chez d'autres intoxiqués, et nous avons noté le fait dans plusieurs de nos observations.

Il y a chez eux comme une espèce de volupté à mesurer scrupuleusement leur degré de saturation, leur degré d'imprégnation. Ils goûtent une sorte de bien-être qu'ils ne vous cachent pas, du reste à approcher le plus possible de la dose fatale et à ne pas la dépasser. Aussi exagèrent-ils le soin, la précision qu'on apporte généralement dans les pesées même délicates ; et le morphinomane de cette catégorie vous dira par exemple, sans broncher et sans la moindre hésitation, le titre de toutes les solutions qu'il a employées, et toute la gamme ascendante qu'il a parcourue, et cela sans se tromper d'un milligramme.

Même pour plus de sûreté, l'intoxiqué bien avéré, en général, ne laissera pas à d'autres, ne laissera pas à des pharmaciens, le soin délicat de faire les solutions. Il les fera lui-même, et pour cela il achètera une balance ; car c'est un fait qui souffre bien peu d'exception, et que j'ai remarqué bien des fois, le véritable morphinomane aura toujours chez lui une balance de précision qui sera constamment de sa part l'objet de ses soins les plus attentifs.

Le vrai morphinomane se procurera donc de la morphine en nature et fera lui-même ses solutions, dont les variations dans le titre seront scrupuleusement notées dans sa mémoire, sinon sur son carnet [1].

C'est là un fait que nous retrouvons dans la plupart de nos

[1] Le docteur X..., dont nous donnons plus haut la lamentable histoire, avait un carnet où il notait très exactement toutes les doses quotidiennement injectées.

observations, mais qui, comme nous le disons plus haut ne se retrouve plus dans la catégorie de morphinomanes que nous étudions actuellement, je veux parler des filles publiques. En effet, nous avons remarqué au contraire, que chez ces dernières, ce n'était plus l'éternel petit flacon de 30 grammes de solution au 1/30 qu'on leur confisquait, mais bien un flacon de 150 à 200 grammes dont le titre était généralement inconnu.

Lorsqu'on s'inquiétait auprès d'elles de la dose d'alcaloïde contenu en pareil cas, la réponse qu'on avait était presque invariablement celle-ci : « Tous les 8, 9 ou 10 jours, je fais une solution *à peu près* », ou quelque chose d'analogue, sans pouvoir obtenir plus de détails. Elles arrivent ainsi sans s'en douter à en prendre des quantités considérables.

C'était le cas de notre morphinomane en question sur laquelle on avait trouvé, en la fouillant, une solution de 200 grammes, dont le titre ne lui était pas connu, même approximativement, mais qui selon toute vraisemblance, et d'après les troubles observés plus tard, devait s'élever à un chiffre très élevé.

Quoiqu'il en soit, privée de morphine et de son arsenal, et, malgré ses réclamations, placée en cellule, elle ne tarde pas au bout de quelques heures à éprouver des défaillances qui nécessitent son transport à l'Infirmerie.

— Il faut dire pour l'intelligence de ce qui va suivre, que, à cette époque, à Paris, l'épidémie cholérique battait son plein, et que tous les jours à l'Infirmerie ou au Dépôt il y avait deux ou trois cas douteux qui tenaient en éveil l'attention de la Préfecture de police. —

Transportée à l'infirmerie, notre malade fut bientôt prise de *vomissements*, alimentaires et passagers d'abord ; ces vomissements devinrent muqueux et apparurent ensuite toutes les dix minutes, puis toutes les cinq minutes ; ils se montraient dès que la malade faisait un mouvement et devenaient incoercibles.

Au bout de quelque temps, se joignent des *symptômes diarrhéiques*, qui ne tardent pas à devenir intenses et à présenter des caractères alarmants : toutes les dix minutes on est forcé de présenter le vase à la malade.

A ces troubles gastro-intestinaux qui ne laissent pas d'inquiéter vivement l'entourage, se joint bientôt un état général grave. Le facies est grippé et cyanosé, les ailes du nez collées contre la cloison, le pouls est petit et les pulsations ne dépassent pas 60. Les extrémités sont froides, malgré les couvertures et les boules d'eau chaude mises aux pieds ; par instant des frissons agitent tout le corps ; la température prise dans l'aisselle marque 36° ; menace de collapsus ; en un mot tout ce cortège de symptômes alarmants, en pleine période cholérique, en impose ; et on formule le diagnostic de choléra[1].

Cependant on ne donne pas encore une consécration officielle au diagnostic, en prévènant le Directeur et en répandant l'alarme ; on attend encore un peu avant d'affirmer la maladie. On se met en mesure d'enrayer le fléau avec le grand remède à la mode : on lui fait une injection de morphine au cinquantième. Tout le cortège de symptômes alarmants disparaît alors comme par enchantement. L'algidité, les vomissements et la diarrhée cessent. Le pouls remonte, les extrémités refroidies reprennent leur température normale. L'état général redevient meilleur en quelques minutes, et tout danger de collapsus est conjuré presque instantanément.

C'est ainsi que notre malade qui, pendant trois à quatre heures avait présenté des symptômes cholériformes de la plus haute gravité, symptômes qui pouvaient faire présager

[1] Nous n'avons noté, ni dans cette observation, ni dans d'autres cas analogues que nous avons pu observer, les *crachements de sang* signalés par Hirschberg (*Loc. cit.*).

Nous les avons au contraire notés dans un cas d'intoxication aiguë. (V. au chapitre précédent.)

une issue funeste, se trouva radicalement guérie en huit ou dix minutes par une seule piqûre.

On ne pouvait évidemment songer un seul instant à la vertu miraculeuse de l'injection hypodermique devant une cessation aussi brusque de tous les symptômes gastro-intestinaux. Il fallait chercher ailleurs, — car, disons-le de suite, la malade ne nous avait encore pas parlé de ses habitudes morphiniques et notre attention n'était nullement attirée de ce côté. —

A ce moment seulement, elle nous fait l'aveu de sa passion pour la morphine, et nous donne aussitôt la clef de tous les accidents observés, et surtout, l'explication de leur disparition pour ainsi dire instantanée : elle avoue être morphinomane.

Depuis trois à quatre ans, dit-elle (elle ne sait pas au juste), elle se fait des injections : un de ses amants morphinomanes lui en a donné l'idée. X. s'est d'abord fait des injections faibles, s'imaginant qu'elle pourrait s'arrêter. Elle y a pris goût, et comme cela arrive toujours en pareil cas, elle a continué augmentant peu à peu le titre des solutions, sans du reste pouvoir donner aucun renseignement sur les doses employées : J'augmente *approximativement*, dit-elle, tous les mois la dose de poudre.

Dans le début X. se piquait pour éprouver une sensation de bien-être, et, ajoute-t-elle, parce que son amant lui avait dit que ce moyen décuplait la puissance génésique[1].

La fille X... est donc une morphinomane par euphorie, elle n'a jamais eu ni névralgie, ni affection interne, ni rhumatisme. Elle n'appartient pas par conséquent à la catégorie des morphinomanes médicaux, catégorie, je crois, la plus nombreuse, et qui comprend ceux qui entrent dans la morphinomanie par la porte d'une affection quelconque, généra-

[1] Nous trouvons dans Notta (*Loc. cit.*) la même origine, dans une observation de morphinisme par euphorie.

lement désordres, utérins chez la femme, rhumatisme chez l'homme. Elle avoue du reste que l'effet produit par la piqûre n'a pas répondu à son attente, du moins au point de vue génital.

Les premières lui ont peut-être donné une puissance génésique factice, mais cette puissance génésique a bientôt fait place peu à peu à une impuissance, qui est actuellement presque absolue. — Nous avons du reste noté ce fait dans plusieurs de nos observations. —

Quoiqu'il en soit, ces injections, qu'elle s'était faite d'abord par curiosité pour éprouver une sensation de bien-être et un stimulant factice, sont vite devenues nécessaires. Au bout d'un ou deux mois, — et le fait est la règle, — elle ne les fait plus pour éprouver cette euphorie qu'elle éprouvait au début, mais elle les fait parce qu'elle sent bien que la privation de morphine la rend malade et la met dans un état d'inquiétude inexprimable. X. est arrivée ainsi peu à peu à augmenter progressivement les doses, achetant la morphine en poudre et se la procurant par flacon entier, sans avoir jamais recours au pharmacien pour faire les solutions.

Préparant elle-même chaque semaine sa ration hebdomadaire, sans peser exactement, sans même s'inquiéter des doses, elle mesure à *peu près*, en ayant soin d'augmenter le titre des solutions tous les mois environ. Elle ne s'est jamais servi de balance ; elle prend, dit-elle, la morphine dans le flacon avec l'extrémité d'un couteau ; c'est là son système de dosage : « Je ne dois pas me tromper de beaucoup à chaque fois, ajoute-t-elle, car j'en ai l'habitude. »

On comprend qu'avec ce procédé X... ne peut nous donner de chiffre même approximatif. Seulement d'après les renseignements qu'elle nous a donnés sur sa manière de faire, et d'après l'examen des symptômes observés à la suite de la suppression brusque, il est à présumer que la quantité injectée quotidiennement était très élevée, et s'élevait de 50 centigrammes à 80 centigrammes.

— La façon qu'elle employait pour se procurer son poison ne s'éloignait pas beaucoup de la façon d'opérer des autres morphinomanes : X... nous a montré une certaine réticence sur ce chapitre ; mais d'après ce qu'elle nous a avoué, il nous a été facile de voir qu'après avoir cherché pendant longtemps un pharmacien docile, elle avait fini par en trouver un qui lui donnait toutes les choses demandées contre une bonne redevance en espèces sonnantes, puis, plus tard, contre des redevances d'un tout autre genre.

Sous ce rapport son histoire est banale et je n'insisterai donc pas sur les considérations médicales d'ordre déontologique qu'elle soulève, considérations qui sont cependant de la plus haute importance au point de vue professionnel.

Dans toutes les observations que j'ai recueillies, il y a toujours dans l'histoire du malade un pharmacien qui sacrifie sa dignité professionnelle et oublie ses devoirs les plus élémentaires devant une offre sérieuse d'argent, devant même des offres d'ordre moins élevé. Et quand il n'a pas tout seul la responsabilité en pareil cas, il la partage avec le médecin qui est le premier coupable. Je parlerai ailleurs du reste de la morphinomanie considérée au point de vue professionnel. Je passe. —

Se procurant facilement par les moyens ordinaires toutes les doses voulues, la fille X... n'avait pas tardé à absorber quotidiennement des doses considérables, et nous avons vu que nous avions pu évaluer cette dose à peu près à 50 ou 60 centigrammes, en lui faisant préparer devant nous, à sa manière, le titre des solutions.

Disons cependant que malgré une dose aussi élevée et continuée depuis si longtemps, cette fille ne présentait pas les symptômes que nous aurions pu nous attendre à trouver. Il est vrai que cette fille étant partie pour Saint-Lazare, et n'étant restée que trois jours en observation, nous avons été obligé de faire un examen incomplet et d'avoir surtout recours aux renseignements qu'elle nous donnait.

Avouons tout d'abord qu'au point de vue psychique, notre examen a été pour ainsi dire négatif, en ce qui concerne les symptômes d'état morphinique.

Pas d'hallucination d'aucune sorte, ni du côté de l'ouïe, ni du côté de la sensibilité générale. Ce fait n'a du reste rien d'étonnant. Car bien que ces hallucinations aient été signalées par quelques auteurs, nous nous rangeons tout à fait de l'avis de Lancereaux[1]. Quelques hallucinations visuelles, mais ayant une autre source.

— Dans toutes les observations que nous publions ici et dans tous les cas que nous avons observés, jamais nous n'avons rencontré de véritables hallucinations. Nous n'en nions pas la possibilité mais nous ne les avons jamais rencontrées.

Toutes les fois que nous les avons trouvées, elles étaient dues manifestement à un élément surajouté, le plus souvent l'alcoolisme qui, hâtons-nous de le dire, complique du reste fréquemment la morphinomanie. Car, comme nous avons eu l'occasion de le démontrer dans le cours de ce mémoire, et comme nous le verrons encore plusieurs fois, morphinomanie et alcoolisme sont souvent l'apanage de natures spéciales et affaiblies primitivement, et qui, dépourvues du courage nécessaire pour entreprendre la lutte pour l'existence, cherchent un appui dans un stimulant factice. L'alcool et la morphine se trouvent être ainsi dans cet ordre d'idées, les aboutissants, les effets d'une même cause : la désespérance et le manque d'énergie dans l'adversité.

Longtemps l'alcool a été le seul remède des gens qui cherchent l'oubli de leurs maux, ou un appui dans les difficultés de la vie. Mais depuis quelques années, la morphine a été pour les natures amollies une sorte de révélation. Pour quelques-unes, je ne parle que des morphinomanes par euphorie, bien entendu, la curiosité a fait tout le mal ; mais

[1] Lancereaux (*loc. cit.*).

pour d'autres, déjà adonnés à l'alcool, ce poison ne suffisant plus à leur appétit maladif, la morphine a été regardée comme un nouvel élément donné à leur système nerveux blasé.

Voilà, je crois, comment on doit expliquer la présence de ces deux intoxications chez le même individu. Voilà aussi, d'après nous, les raisons qui font que chez certains morphiniques on trouve des hallucinations de la vue. —

Ici, du reste, la nature même de ces hallucinations visuelles portait le cachet de l'éthylisme et poussait l'observateur à les mettre, non sur le compte de la morphine, mais bien sur le compte de l'alcool. En effet on y trouvait des caractères non équivoques de mobilité, un cachet terrifiant et professionnel qui les rendait pathognomoniques de l'imprégnation éthylique, sans parler des visions d'animaux, etc...

C'est ainsi que la fille X... accusait des cauchemars, des crises nocturnes ; elle croyait tomber dans des précipices. Elle avait quelquefois vu des rats, des souris, etc... ; ajoutez à cela des insomnies de temps à autre et quelques pituites matinales. Du reste ici les habitudes alcooliques, les excès de tout genre étaient ouvertement avoués.

Or, en présence de ces symptômes, il ne viendra à l'idée de personne d'attribuer les hallucinations à l'intoxication morphinique. Elles portent trop clairement leur marque de fabrique pour ne pas les attribuer exclusivement à l'alcoolisme.

Pas plus chez la fille X... que dans beaucoup d'observations nous ne devons donc attribuer les hallucinations à la morphinomanie.

Nous avons vu au contraire que les hallucinations pouvaient être constatées dans l'intoxication aigüe par la morphine, et que dans ce cas elles devaient bien leur origine à la morphine.

Nous avons vu aussi que dans les cas de suppression brusque, elles pouvaient être constatées (V. le commencement de cette observ.).

Nous n'avons pas noté non plus d'affaiblissement appréciable de la mémoire, ni des autres facultés. Il y avait bien une certaine lenteur intellectuelle, mais nous devons plutôt mettre cet état sur le compte des habitudes alcooliques et des excès de tout genre, inhérents au genre de vie de la malade, adonnée à la prostitution.

Pas non plus d'impulsions, comme le fait a été signalé par quelques auteurs, au vol (V. observ. de Garnier), au meurtre, au suicide, comme dans une de nos observations.

Voilà pour l'état mental et l'état délirant de notre malade; on voit que les symptômes présentés sont pour ainsi dire négatifs. Si maintenant nous examinons les troubles d'ordre somatique, bien que plus accentués, on voit qu'ils se réduisent à peu de chose.

Nous avons déjà noté ici l'influence de la morphine sur les fonctions génitales. Si l'on interroge en effet la malade à ce point de vue, on constate qu'il existe chez elle une frigidité presque absolue.

— Les troubles digestifs sont très accusés, mais il y a, comme nous l'avons fait observer plus haut, une large part due à l'influence de l'alcool. Nous en avons parlé déjà, nous n'y reviendrons pas Mais il y a un symptôme que je tiens à faire remarquer ici, parce qu'il doit certainement être mis sur le compte de l'intoxication morphinique, et non de l'alcool, je veux parler de cette douleur bien spéciale à la région stomacale et ayant son maximum d'intensité au niveau de l'appendice xiphoïde; nous l'avons noté dans toutes nos observations. Cette douleur n'est pas continue, elle se montre lorsque le besoin de la piqûre se fait sentir, et disparaît avec l'injection.

Cette douleur est du reste à son maximum lorsqu'on emploie la suppression brusque comme mode de traitement chez les morphinomanes, et il est chez eux la cause des plus grandes souffrances.

On doit rapprocher cette douleur xiphoïdienne de la *sensation de pesanteur stomacale* qu'on éprouve une minute et demie ou deux minutes après une injection de morphine expérimentale, sensation très spéciale qui s'accompagne de borborygmes, et qui ne manque jamais ; nous avons de plus remarqué que cette gêne initiale disparaît chez les morphinomanes à mesure qu'ils avancent dans l'intoxication, pour faire place à la véritable douleur à exacerbation, dont nous venons de parler. —

La malade n'avait pas d'amaigrissement et cependant son appétit a beaucoup diminué depuis un an ou deux, et actuellement elle ne peut manger qu'après s'être fait une piqûre.

Les dents, contrairement à notre attente et contrairement à ce que nous avons noté dans plusieurs de nos observations sont en bon état. Les altérations dentaires signalées par plusieurs auteurs et surtout par Combes[1] n'existent pas du reste chez tous les intoxiqués.

La vision non plus ne paraît pas touchée ; le fond de l'œil paraît intact. Acuité visuelle normale, vision = I avec + 1 dioptrie, pour l'œil gauche ; et pour l'œil droit. Champ visuel normal, pour la vision blanche et la vision colorée — au point de vue des couleurs, examen négatif par le procédé de de Wecker, et le *procédé des Laines de* Hollmgren.

Rien, à l'examen ophthalmoscopique que nous avons pratiqué avec beaucoup de soin, et à plusieurs reprises.

Milieux dioptriques normaux, simplement, hypermetropie binoculaire légère de + 1 dioptrie.

Enfin nous n'avons pas manqué, comme nous l'avons fait chez toutes nos morphinomanes, de nous enquérir avec soin de l'état de la menstruation. Détail très important et que nous retrouverons, et sur lequel nous ne saurions trop insister, la menstruation a disparu dspuis environ un an. Les règles, d'abord irrégulières comme quantité et comme époque

[1] Combes (*Loc. cit.*).

d'apparition, sous l'influence des doses progressivement croissantes ont fini par disparaître complètement. Notons à ce sujet que le fait se retrouve toujours chez les morphinomanes qui font abus depuis longtemps des injections morphinées; et c'est là une preuve de la perturbation profonde qu'elles jettent dans l'organisme. —

La fille X... était donc dans un degré d'intoxication et d'accoutumance assez avancé lorsqu'elle a été internée au Dépôt pour infraction aux règlements des mœurs. On conçoit donc que sous l'influence de la suppression brusque privée soudainement d'une dose ordinaire assez forte, elle ait présenté tous les symptômes cholériformes que nous avons passés en revue plus haut.

On conçoit aussi qu'on ait pu se méprendre quelque temps sur le diagnostic, étant donnée l'épidémie régnante, et surtout, si l'on considère que la malade elle-même, n'ayant jamais éprouvé de retard dans ses injections, n'avait pas attiré du tout notre attention de ce côté. —

Nous avons tenu à donner avec détail cette observation parce qu'elle est intéressante à plus d'un point de vue. Elle montre surtout une fois de plus à quels troubles graves la suppression brusque de la morphine peut exposer les morphinomanes. Elle présente aussi une coexistence intéressante de troubles alcooliques. Nous regrettons cependant que cette observation soit forcément incomplète au point de vue du traitement. Il est aussi à regretter que nous n'ayons pas pu suivre la malade, celle-ci étant sortie de l'infirmerie du Dépôt au bout de trois jours pour aller à Saint-Lazare. Il est à présumer qu'elle n'a fait depuis aucune tentative de traitement, persuadée qu'à la suite des accidents énumérés plus haut, qu'une tentative dans ce sens l'exposerait aux plus grands dangers. Nous ne l'avons jamais revue depuis.

En résumé, nous avons dans ces deux observations l'observation d'A..., et l'observationde la fille X..., un exemple *des*

deux modes sous lesquels se présente le plus généralement l'état d'abstinence morphinique :

A... nous a présenté, dans les phénomènes qu'a provoqué chez elle la suppression brusque, l'image de l'état, je crois, le plus fréquent, l'état *d'agitation maniaque*, avec les symptômes adéquats.

La fille X... nous a présenté un des effets les plus redoutables de l'abstinence morphinique : un *état cholériforme*[1] avec menace de *collapsus*.

Or, on le sait, ce sont les deux états presque exclusivement observés par les médecins allemands, en pareille occurence.

Levinstein, Erlenmeyer, Leidesdorf[2] n'en signalent pas d'autres.

Obersteiner[3] et Schmidt[4] signalent cependant le premier, un état de collapsus, le second, un état impulsif qui peut survenir 10 à 15 jours après la suppression brusque. — Burkart et Kuntz signalent aussi après 10 à 15 jours une période d'agitation possible[5].

Hâtons-nous d'ajouter que les faits signalés par ces trois auteurs font exception à la règle.

CONCLUSIONS. — Il nous reste maintenant après l'exposé clinique et bibliographique que nous venons de faire à résumer brièvement les conclusions qui découlent de nos considérations, et les symptômes principaux de l'*abstinence morphinique*.

[1] Nous tenons à cette expression d'*état cholériforme* pour désigner l'un des deux modes de l'*abstinenzmorphine*. Nous y tenons d'autant plus que dans l'espèce la ressemblance avec le *choléra* fut telle que ce dernier diagnostic fut posé.

[2] *Loc. cit.*

[3] *Der chronische Morphinismus* (Wiener Klinik. III Heft. Marz 1883.

[4] SCHMIDT, *Loc. cit.* 1886.

[5] BURKART, *Loc. cit.* — KUNTZ, *Loc. cit.*

Comme nous l'avons déjà dit, à un point de vue général, ils se résolvent d'abord en deux états principaux, nettement distincts l'un de l'autre : l'état d'*agitation* et l'état d'*adynamie*, celui-ci, malgré les apparences, étant beaucoup plus grave que l'autre :

Gravité de l'état adynamique, du collapsus provoqué par l'abstinence. — Nous avons en effet assisté personnellement à deux cas de mort provoquée par la privation brusque de morphine, chez des malades dont l'intoxication remontait à plusieurs années. — On comprendra que pour des raisons de haute convenance nous ne donnions pas l'observation de morphinomanes, dont le traitement fut confié à d'autres qu'à nous. — Mais nous avons soigné nous-même plusieurs morphinomanes dont le traitement montra suffisamment la gravité de la suppression. Plusieurs de ces faits ont déjà été analysés et commentés dans les chapitres précédents, et quelques-uns trouveront encore leur développement plus loin. Mais nous ne pouvons résister ici au désir de commenter le résumé d'une troisième observation *personnelle*, pour insister davantage encore sur les dangers de la privation brusque de la morphine.

Nous ne craignons pas d'abuser des faits de ce genre, afin de bien mettre le praticien en garde contre certaines erreurs accréditées qui font de ce danger, une vue fausse de l'esprit et une idée préconçue. Nous les multiplierons même, parce que tout récemment encore, le traitement par suppression brusque qui n'avait guère été prôné que par les spécialistes allemands, a trouvé des imitateurs de ce côté du Rhin. Et un aliéniste distingué M. Magnan, s'est fait à Paris, le défenseur de la méthode de Levinstein. Le médecin de Sainte-Anne enseigne en effet que la suppression brusque peut être tentée *dans tous les cas de morphinisme sans exception.* Or, je ne saurais trop réagir contre une doctrine doublement grave dans ses conséquences, d'abord en raison de la haute

situation scientifique du médecin qui la préconise, et des dangers pratiques qu'elle entraîne après elle [1].

Nous formulerons au traitement les règles qu'il faut suivre en pareil cas et les indications très rares du servage brusque.

Ici nous tenons complètement à montrer une fois de plus la gravité exceptionnelle de l'abstinence morphinique, surtout dans les intoxications de longue date :

Morphinomanie remontant à huit années. — Rechutes nombreuses. — Traitement par la suppression brusque d'abord, puis par la suppression progressive. — Convulsions hystériformes et épileptiformes. — Tentatives de suicide répétées dans le cours de l'abstinence, et provoquées par la privation de morphine. — Mort le dix-septième jour après la dernière injection.

Entrée à la clinique. — La nommée I. M..., âgée de 25 ans, *entrée à la clinique le* 26 *mai* 1887 venant de l'hôpital Laennec, et sur sa demande, pour être guérie d'une intoxication par la morphine qui remonte à plusieurs années.

Origine et début de la maladie. — Première hypothèse. — A l'âge de 17 ans, étant entrée à l'hôpital Saint-Antoine, pour des troubles nerveux hystériforme, elle aurait été soumise pour la première fois à des injections hypodermiques de morphine, qui seules pouvaient la calmer à ce moment. — Voilà l'*origine* de ses habitudes morphiniques, selon la version qu'elle a donnée dans les hôpitaux et en particulier à M. le professeur Ball sur les rechutes de sa maladie.

Deuxième hypothèse. — Mais d'après ce qu'elle nous a raconté, à nous, à Sainte-Anne, sa passion aurait une autre source. — On ne sait à quelle hypothèse se rallier car hystérique à un très haut degré, elle ne cherche qu'à tromper le médecin. — Figurante dans un théâtre, elle aurait fait une

chute très grave dans une *apothéose* où on l'avait placée à une hauteur de 15 à 20 mètres. Souffrant beaucoup, elle aurait à ce moment (1877) contracté l'habitude de se morphiniser, sur les conseils d'une amie figurante au même théâtre, et cela sans consulter de médecin.

Entrée à Saint-Antoine *quelques mois après*, pour des faits d'un autre ordre (troubles hystériformes), elle prenait déjà de la morphine à dose quotidienne très élevée ; et elle en aurait pris des doses bien plus considérables que celle ordonnée par le médecin traitant, grâce à la complaisance d'une amie qui lui en apportait en cachette.

Voilà d'après ce qu'elle nous a raconté qu'elle serait l'origine vraie de sa maladie.

Quoiqu'il en soit, dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, la porte d'entrée est la thérapeutique.

A partir de ce moment jusqu'au moment où elle est entrée à la clinique, le 26 mai 1887, c'est-à-dire *pendant une période de dix années* (de 1877 à 1887) elle n'a pas cessé de prendre de la morphine.

Tentatives de guérisons. — Cependant elle avait essayé à plusieurs reprises de guérir de son funeste penchant, et, à plusieurs reprises, durant ce long laps de temps elle est entrée à l'hôpital dans le but bien arrêté de se soumettre à un traitement rigoureux. Mais tout cela était inutile.

Plusieurs fois (elle nous a fait elle-même cet aveu), il est vrai de le dire, elle quitta les salles après une suppression progressive, soi-disant guérie, guérie aux yeux des médecins; mais il faut se hâter d'ajouter que cette guérison n'était qu'apparente : comme cela arrive souvent chez les morphinomanes, et portée d'ailleurs à la supercherie en sa qualité d'hystérique, elle prenait pendant le traitement des injections de morphine en cachette. Elle était arrivée à la dose quotidienne de *deux grammes*.

Enfin après des tentatives nombreuses de traitement, toujours couronnées du même succès, et dans le détail desquelles il est inutile d'entrer, prenant la ferme résolution d'en finir une bonne fois malgré elle, elle entre à la clinique de l'Asile Sainte-Anne, le 26 mai 1887, où nous l'avons vue pour la première fois.

État de X... à son entrée à la clinique. — Amblyopie passagère. — Les symptômes observés à ce moment, hâtons-nous de le dire, malgré une intoxication aussi prolongée, sont négatifs. Elle dit ne pas avoir maigri beaucoup. — Les dents sont bonnes; l'estomac digère assez bien. — La vue a faibli beaucoup depuis qu'elle prend de la morphine : examinés à l'opthalmoscope, ses yeux ne nous ont pas cependant montré la décoloration de la pupille signalée en pareil cas.

Quant au pouls il a été pris à plusieurs reprises par M. Fennings qui a le tracé à sa disposition. Les nuits cependant sont mauvaises, son sommeil est interrompu souvent par des cauchemars, des rêves, des visions terrifiantes. Il y a peut-être ici à tenir compte des excès alcooliques que la malade elle-même avoue. Mais la quantité de morphine qu'elle absorbe à ce moment suffit très bien pour expliquer cet état d'agitation nocturne.

La dose quotidienne s'élevait à son entrée à la clinique à 1 *gramme*. Elle était donc en décroissance.

Grandes attaques d'hystérie. — On doit noter en dehors de cette symptomatologie comme phénomènes étrangers *des attaques de grande hystérie* se renouvelant trois ou quatre fois la semaine.

Tentative de suppression brusque. — A son arrivée elle demande elle-même la *suppression brusque*. On cède à ses sollicitations en se tenant sur une défensive rigoureuse.

Le 26 mai, elle ne reçoit pas sa piqûre ordinaire : on lui donne en son lieu et place un *lavement* au bromure et au chloral qu'elle prendra ensuite tous les soirs.

En plus de cela, toniques à haute dose, massage aux gants de crin plusieurs fois dans la journée, jus de viande, etc., *et suppression totale de la morphine.*

Dès le matin du *second jour* le pouls baisse ainsi que la température, la *diarrhée* et les *vomissements* apparaissent très abondants. Insomnie complète. *Souffrance intolérable dans le ventre.* Le chloral ne la calme pas.

Collapsus. — Le *troisième jour* enfin, c'est-à-dire le

28 mai, le collapsus survient tout à coup. On envoie immédiatement chercher l'interne de garde : les dents sont serrées convulsivement. Tous les reflexes sont abolis, la cornée est insensible. Le pouls est *imperceptible* et la malade d'une pâleur extrême ne respire plus. Un instant *on la croit morte.* On lui administre néanmoins séance tenante et immédiatement *dix seringues* de Pravaz d'une solution de morphine au 1/50, soit 20 *centigrammes.* Notre morphinomane revient à la vie deux minutes environ après la dernière piqûre, et *respire longuement.*

Traitement par la suppression progressive. — Le soir, il n'en paraissait plus rien. Seulement il va sans dire qu'on abandonna ce mode de traitement; et le lendemain 29, commença la suppression progressive dans les conditions suivantes :

Une solution de morphine au 25e, fut formulée. Suppression d'*un centigramme* par jour c'est-à-dire, d'un *quart* de seringue dans l'ordre suivant :

Suppression du quart en question :

1° Dans la journée;

2° Au matin ;

3° Au soir, et toujours dans le même ordre jusqu'à concurrence du dernier centigramme.

Syncopes. — Nous reviendrons du reste au chapitre du traitement sur les péripéties de la suppression chez X...

Guérison le 10 *juillet.* — Enfin le 10 *juillet* elle pouvait être regardée comme guérie et recevait son dernier centigramme. Sulfate de spartéine et injection au 1/50 de temps à autre et sans règle fixe.

Injections de sulfate de spartéine. — Un centigramme par jour pendant la première semaine. Puis après on ne le lui administra que d'une façon intermittente.

Mort. — Dix-sept jours se passèrent, sans que rien ne

put faire prévoir une catastrophe. X... paraissait bien encore sous le coup de la morphinisation, et par moment elle manifestait un véritable *état de besoin*, surtout dans les huit premiers jours de la suppression. A plusieurs reprises même le onzième et le douzième jour, elle demanda de la morphine, mais autant en raison de son état hystériforme que par besoin psycho-somatique. Aussi se garda-t-on bien d'accéder à ses désirs. On doit ajouter aussi que le sommeil n'avait jamais été bon depuis la fin du traitement. Et le jour elle avait eu plusieurs attaques hystériques très fortes.

Quoi qu'il en soit, le 23 juillet à onze heures du matin, sans avoir proféré aucune plainte, aucun cri, elle fut prise d'un soubresaut violent. l'écume lui vint aux lèvres, puis elle resta inanimée. La surveillante se trouvait présente et fit immédiatement prévenir l'interne de garde. Elle n'hésita même pas à lui faire plusieurs piqûres de morphine coup sur coup. Tout fut inutile, et l'interne ne put que constater son décès.

Autopsie. — L'autopsie fut faite avec beaucoup de soin et releva deux particularités des plus intéressantes. Le *cœur* était graisseux *et le foie analysé chimiquement par M. Bellangé décela près d'un gramme de morphine*. Le cadre de notre livre nous empêche d'entrer dans plus de détail. Cette autopsie a du reste été l'objet d'une communication[1] de M. le professeur Ball, à l'Académie, à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Symptômes physiques de l'abstinence morphinique

Cette dernière observation résume pour ainsi dire à elle seule la symptomatologie de l'état *d'abstinence*. — Nous pouvons maintenant énoncer les points suivants :

1° *Troubles gastro-intestinaux*. — Dans la sphère physique les troubles gastro-intestinaux dominent la scène :

[1] *Bulletin de l'Académie de Médecine*, septembre, 1887.

a. Diarrhée profuse. — C'est d'abord une *diarrhée profuse*, qui peut quelquefois acquérir une intensité extraordinaire. Nous verrons à ce propos au traitement, que le nombre des garde-robes peut s'élever, comme dans la dysenterie la plus rebelle à un chiffre effrayant (Nous en avons compté jusqu'à vingt-cinq et trente dans les vingt-quatre heures et même davantage).

Cette diarrhée s'accompagne de tous les accidents qui suivent un flux séreux, une déperdition intestinale considérable ;

b. Hypothermie. — Parmi ces accidents il faut citer en première ligne une *hypothermie* qui peut descendre à 35°, mais qui se maintient à 36° généralement ;

c. Faiblesse du pouls. — A cet abaissement plus ou moins prononcé de la température s'ajoute une *diminution des pulsations artérielles.* Le pouls descend de cinquante à soixante battements par minute;

d. Sueurs froides. — Dans le même ordre d'idées, parmi les symptômes qui dérivent d'une grande déperdition séreuse, on doit citer les *sueurs froides*, qui se montrent fréquemment dans l'abstinence morphinique à la suite d'un flux diarrhéique très prononcé. Nous avons vu des morphinomanes en privation, que l'on était forcé de changer de linge plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. C'est même un accident qui doit éveiller l'attention du médecin, car les malades présentent alors un milieu éminemment favorable à l'éclosion des pneumoniques graves, en raison de leur prédisposition toute spéciale pour les affections pulmonaires, pour la tuberculose en particulier ;

e. Frisson. — Les sueurs froides sont presque toujours accompagnées d'un *frisson* caractéristique. Ce n'est pas un

frisson unique ni de petits frissons répétés comme dans les affections aiguës du poumon (pneumonie et pleurésie). Ce sont des frissons généralisés ayant quelque analogie avec ceux de la pyoémie. Ils revêtent une intensité telle chez certains morphinomanes, que nous en avons connus dont le lit était ébranlé.

Les frissons de l'état d'abstinence sont un des accidents qui inquiètent le plus l'entourage du malade, en raison de leur apparence bruyante. Ce n'est pas un accident négligeable, il est vrai, mais ils sont loin d'être aussi graves que certains auteurs l'ont écrit. Néanmoins leur apparition doit toujours imposer certaines réserves, car elle est assez souvent un phénomène précurseur du collapsus ;

Douleurs abdominales. — Nous ne pouvons pas terminer ce qui a trait aux phénomènes intestinaux sans parler des *douleurs abdominales* si intenses, auxquelles sont exposés les malheureux morphinomanes en abstinence. Cette douleur arrive parfois à un degré tel qu'on ne peut endurer le plus léger poids, pas même le fardeau de la couverture. elle ressemble quelquefois à s'y méprendre à la douleur de la dothienenterie.

Cette douleur abdominale, ces coliques sont d'autant plus à redouter chez ces infortunés malades que l'on n'a aucun remède, aucune intervention à leur opposer. Les cataplasmes laudanisés que l'on emploie généralement ne peuvent même pas quelquefois être tolérés tant la souffrance est vive.

Supercheries. — Le seul remède qui pourrait alors apporter un réel adoucissement, les injections de morphine, ne peut pas être employé naturellement, si l'on ne veut pas compromettre le traitement de la *suppression*.

Cette souffrance est si vive que nous avons vu une morphinomane soumise au sevrage brusque se jeter aux pieds du médecin en lui demandant, en suppliant, une injection

pour faire cesser son supplice. — Nous avons assisté bien des fois à ce spectacle, qu'un médecin américain comparait dernièrement aux tourments de l'enfer : et, à propos de ces souffrances abdominales véritablement atroces, nous ne craignons pas de dire que la suppression brusque produit forcément chez les vrais intoxiqués, un cortège symptomatique plus ou moins dramatique. Et, lorsque tout se passe tranquillement sans accident d'aucune sorte, sans aucune réaction de la part du malade, j'affirme sans crainte d'être démenti par l'observation attentive et minutieuse des faits cliniques, qu'il y a supercherie certaine. — Il ne faut pas hésiter à avouer que c'est bien souvent là l'explication naturelle de pseudo-guérisons par la suppression brusque : c'est là que réside la confiance illimitée de certains spécialistes dans le sevrage brusque.

Nous-même, les premières fois que nous avons été appelé à soigner le morphinisme, nous étions loin d'avoir les préventions que nous avons maintenant contre les dangers de l'abstinence morphinique. Lorsque dans le cours d'un traitement par le sevrage brusque, étonné cependant contre toute attente de l'innocuité *absolue* de notre intervention, nous fîmes exercer autour de la malade en question, une surveillance rigoureuse de tous les instants par une infirmière dévouée en qui nous avions toute confiance; et l'événement ne tarda pas à justifier nos soupçons. Malgré la discipline, malgré les sévérités d'une surveillante intelligente, elle nous trompait depuis cinq jours qu'on l'avait séquestrée: avec l'habileté que tous les morphinomanes savent déployer en cette occurence, elle se faisait remettre par sa sœur et *par l'intermédiaire* de la surveillante elle-même des boîtes de confitures et des bobines de soie, dans lesquelles la morphine était adroitement dissimulée. Eh bien ! sans une discipline exceptionnelle, dans le cas particulier, nous aurions ajouté à notre statistique une guérison de plus par la méthode allemande.

Non, il faut bien le savoir, les symptômes de l'abstinence morphinique poussée jusqu'à cessation complète du stimulant, sont d'une extrême gravité parfois. Et la *douleur abdominale* qui nous occupe, revêt en particulier un caractère d'acuité peut-être plus opiniâtre, plus rebelle que les autres troubles du même ordre. Aussi, est-ce pour cette raison que nous y avons insisté tout spécialement, pour bien prévenir le praticien, et surtout, dans des cas où nulle souffrance ne se manifeste, pour le mettre en garde contre la supercherie probable.

Vomissements. — Un symptôme du même ordre qui lui aussi ne manque jamais de venir compliquer le tableau des accidents gastro-intestinaux, c'est le *vomissement.* Nous ne l'avons *jamais* vu manquer dans la privation absolue.

Il peut présenter tous les caractères et tous les degrés.

D'abord simplement alimentaire, il ne tarde pas à devenir bilieux, puis séreux et enfin, ce qui est bien plus douloureux encore, il n'y a plus bientôt chez le malheureux patient que des efforts de vomissement.

Lorsque l'abstinence se prolonge et qu'on n'intervient pas, il peut même se produire des *vomissements de sang*, comme Hirschberg l'a signalé [1]. Nous devons à la vérité de dire que si nous avons vu des vomissements sanglants dans l'intoxication aiguë, nous n'en avons jamais vu dans l'état d'abstinence : il est juste d'ajouter que c'est un accident extrême, et que jamais nous n'avons laissé les accidents aller si loin, ce qui eût été imprudent et une faute clinique grave.

État cholériforme. — *L'algidité* complète cette description symptomatique.

L'ensemble des phénomènes gastro-intestinaux, s'il était

[1] *Loc. cit.*

permis de les résumer d'un mot, représente quelquefois à s'y méprendre les accidents du choléra, et c'est pour cette raison que nous les avons réunis sous le nom d'*état cholériforme.* Comme nous l'avons montré plus haut, par une observation où le diagnostic de choléra asiatique avait été un moment posé, il y a là non pas une simple vue de l'esprit, mais bien une réalité clinique.

2° Symptômes d'ordre nerveux. — Dans les symptômes de cet ordre se rangent les deux états fondamentaux de l'état d'abstinence : l'état *adynamique* et l'état *d'agitation* dont nous avons parlé.

État adynamique. — Collapsus. — L'état *adynamique* est incontestablement le plus grave, car comme nous l'avons dit, il est le syndrôme prémonitoire de l'accident le plus grave qu'on ait à redouter dans l'abstinence morphinique. — Il présente du reste une certaine analogie avec certaine forme grave de fièvre typhoïde et certaines variétés de choléra.

Nous en étudierons mieux les caractères lorsque nous passerons en revue les symptômes provoqués par la suppression, au chapitre de l'intervention thérapeutique.

Le second mode observé dans les exemples que nous avons eus sous les yeux, quoique plus bruyant, est incontestablement beaucoup moins grave, c'est *l'état d'agitation* qui quelquefois peut arriver à l'état *maniaque* proprement dit. — Nous ne nous occuperons ici bien entendu que des accidents d'agitation qui ne ressortissent pas aux troubles mentaux, et qui se maintiennent dans la pathologie nerveuse.

Crise épileptique. — Parmi les accidents de cet ordre, on doit signaler en première ligne, comme les plus importants parce qu'à eux seuls ils couvrent toute la scène pathologique, les phénomènes *épileptiformes* et *hystériformes.*

Dans des communications récentes, on est revenu sur ces crises épileptiformes qu'on n'a su interpréter selon nous ni au point de vue bibliographique, ni au point de vue symptomatique.

Bien longtemps avant ces dernières années, avant même que la morphinomanie fut bien connue en France, on avait déjà signalé leur apparition dans l'abstinence morphinique : Dès 1876, Busey les avait vues et très bien décrites[1]. Après lui nous les avons rencontrées dans des observations d'auteurs allemands, Levinstein, Erlenmeyer, etc. — En France M. Garnier[2] en donne la première observation en 1885 M. Christian dans un cas de suppression brusque, et M. Laury, tout récemment en citèrent de nouveaux exemples. — Mais ces derniers auteurs, à l'enconlre de M. Garnier ne font pas assez ressortir la nature des troubles épileptiformes en question.

Epilepsie morphinique. — Dans un cas d'abstinence morphinique, que nous avons eu l'occasion d'observer à l'Infirmerie spéciale, nous avons pu, nous aussi, nous rendre compte des caractères des crises hystériformes et épileptiformes dont nous parlons.

Or, dans l'observation dont nous parlons, les troubles convulsifs dont il s'agit avaient simplement été *réveillés* par l'état d'abstinence morphinique. En effet, si l'on songe, d'autres parts, au grand contingent que les hystériques fournissent au morphinisme, on reste convaincu que, dans la grande majorité des cas, l'abstinence ne *crée* pas ce que nous appelons *épilespie morphinique*, mais constitue sim-

[1] Busey, *Épileptic convulsions*, following sudden suspension of a long continued habit of opium eating (Philadelph. med. Times 1876, VI, 218, p. 319.)

[2] *Ann. med. psych.*, 1885 (*Crises hystéro-maniaques*).

[3] *Ibid.*, février 1889.

[4] *Ibid.*, mars 1889.

plement une épine qui réveille la diathèse. C'est ainsi que l'on doit interpréter les troubles convulsifs de cet ordre.

Les *céphalalgies* intenses que l'on remarque quelquefois dans l'état qui nous occupe, atteignent quelquefois un tel degré d'acuité que l'on est forcé, dans le cours d'un traitement, d'interrompre la suppression progressive. Nous en dirons autant des *crampes* des membres, et en particulier, des membres inférieurs. Chez un de nos malades, les crampes des jambes provoquèrent une telle souffrance, qu'aucune intervention thérapeutique ne put en venir à bout, et que l'on dut cesser le sevrage pendant quelque temps.

Nous ne pouvons pas parler des troubles nerveux provoqués par la privation de morphine sans parler d'un phénomène réflexe qui ne présente aucune gravité, mais auquel nous attachons une certaine importance en raison de son intérêt diagnostic. Nous faisons allusion en ce moment à ces *baillements* réitérés qui marquent les débuts de la suppression, et qui, bien souvent, nous ont aidé puissamment à mettre une étiquette sur des cas douteux.

Ces baillements s'accompagnent d'un larmoiement oculo-nasal bien significatif. Il est vrai de dire que ce symptôme d'ordre tout à fait secondaire dure peu, et marque seulement la première opposition de l'état de besoin pour disparaître au bout de quelques heures. Mais néanmoins il peut permettre de mettre sur la voie d'un diagnostic, ce qui peut être même en pareil cas d'une certaine utilité : nous connaissons un pharmacien qui a appris à déceler par ce signe, en apparence insignifiant, des pratiques morphiniques, chez des morphinomanes en demi-privation, qui venaient lui demander la morphine qui leur manquait. C'est un petit moyen pratique que nous recommandons aux praticiens, et qui peut les mettre en garde contre la supercherie.

3° État de besoin psycho-somatique. — Comme trouble à

la fois physique et nerveux, il ne faut pas oublier de parler de l'*état de besoin*, que nous avons déjà décrit à plusieurs reprises, et que nous devons au moins citer à la symptomatologie. Il va sans dire que nous ne reparlerons pas de la physiologie si intéressante et si complexe de ce phénomène. Nous nous contenterons simplement d'en décrire ici les deux modes principaux :

État de besoin primitif. — Il y a d'abord le besoin vital, primitif si l'on veut qui se montre dès les premiers instants de la suppression, et que nous avons comparé au besoin physique d'aliment. — Cette assimilation est si légitime et si peu une vue de l'esprit qu'on le trouve chez l'enfant nouveau-né, chez l'animal, qui lui, évidemment n'obéit qu'à ses instincts brutaux, et se contente de réclamer sa nourriture quotidienne. Et, j'ai montré, avec des exemples à l'appui, que le nouveau-né d'un morphinomane, et morphinomane lui-même de ce chef, mourrait d'inanition, pour ainsi dire, si on lui supprimait brusquement l'opium.

État de besoin à longue échéance. — Mais ce n'est pas là la modalité clinique la plus grave : Il y a en second lieu l'état de besoin qui subsiste quelque temps après l'administration du dernier centigramme. C'est là un fait que Zambacco avait déjà prévu sans cependant entrer dans aucun développement[1]. Le docteur O. Jennings, si compétent pour tout ce qui regarde la question du morphinisme, est plus explicite. «..... Seize à vingt jours encore après la suppression complète, on peut ressentir les effets de cette suppression..... [1] ». Et il y insiste dans plusieurs articles, en raison des accidents que cet *état de besoin à longue échéance* peut provoquer. Le docteur Jennings est d'autant plus fondé

[1] Zambacco (*Encephale*, 1883).
[2] O. Jennings, *Varia cit.*

à appeler tout spécialement l'attention du praticien sur ces accidents lointains, que, dès 1883, Obersteiner a signalé des cas de collapsus dix jours, *et plus,* après la suppression, et alors *que les phénomènes graves ont disparu*, et que *tout a endormi l'éveil du médecin* [1].

Collapsus mortel longtemps après la suppression. — Nous ne pouvons trop pour notre part insister sur la gravité de cet état de besoin spécial *que nous avons vu personnellement provoquer la mort, dix-sept jours après la dernière injection* [2]. — Nous ne saurions donc trop recommander au médecin de se tenir prêt à intervenir, *trois semaines encore après* le sevrage complet, si l'on ne veut pas avoir à regretter des accidents de la plus haute gravité.

4° Symptômes mentaux de l'abstinence morphinique. — Pour être complet, il nous resterait à résumer ici les symptômes d'ordre *psychique*, provoqués par l'abstinence morphinique. Mais nous avons pensé qu'en raison de leur importance médico-légale, leur étude serait mieux placée dans la seconde partie de notre mémoire (*Etudes médico-légales du morphinisme*).

Nous nous contenterons d'énumérer ici les principales modalités cliniques que l'on trouve en pareil cas :

L'abstinence morphinique, dans la sphère mentale, peut produire :

1° Un *état mental* particulier ;

2° Des troubles *psycho-sensoriels* (illusion, hallucinations des différents sens) ;

[1] Obersteiner. *Wiener Klinik*, III, Marz, 1883.

[2] Voir plus haut.

3° Et surtout des *impulsions* diverses qui forment le pivot de toutes les expertises médico-légales soulevées par la question de l'intoxication morphinique.

Nous développerons plus longuement en temps et lieu ces trois modalités mentales.

CHAPITRE V

DE LA MORPHINOMANIE DANS SES RAPPORTS AVEC LES FONCTIONS VISUELLES

De la morphinomanie dans ses rapports avec les fonctions visuelles. — Dans le courant de nos études sur la morphinomanie, dans le cours de nos interrogatoires chez des morphinomanes, nous avons remarqué quelques modifications dans l'acuité visuelle de la vision chez certains d'entre eux. Remontant aux sources et aux commémoratifs nous avons appris que quelquefois cette diminution de la vue coïncidait avec le début de leur pratique. Nous en avons alors interrogé un plus grand nombre : peu, nous devons le dire, nous ont accusé des troubles visuels réels ; mais comme dans quelques cas nous avons trouvé une amblyopie très manifeste, allant quelquefois jusqu'à l'amaurose complète, nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas téméraire de voir entre ces lésions de la vue et l'intoxication morphinique une relation de cause à effet.

Nous avons alors examiné les yeux de quelques morphiniques qu'il nous a été donné d'observer. Les résultats n'ont pas toujours été positifs, mais enfin nous avons trouvé là un phénomène intéressant et nouveau.

D'un autre côté, en consultant les observations publiées, nous avons quelquefois trouvé signalé comme symptôme accessoire une diminution de la vue. C'est ainsi que Dela-

banne a signalé deux cas d'amblyopie due à la morphine [1]. Du reste on sait combien cette funeste intoxication retentit sur toutes les fonctions de l'économie. On sait qu'à l'image de toutes les intoxications, elle provoque surtout des troubles du côté de l'appareil sensitivo-sensoriel. On ne doit donc pas trop s'étonner qu'il puisse y avoir des lésions rétiniennes produites par l'empoisonnement morphinique, comme on a signalé des troubles ophthalmoscopiques produits du côté de la papille par l'alcool, le tabac, etc.

Plus on avancera dans l'étude de cette maladie plus on découvrira les ravages qu'elle produit ; à l'image de l'intoxication mercurielle, Combes y a déjà signalé des altérations dentaires (V. notre observ. d'A..., p. 112) il n'y a pas de témérité à penser que, à l'image de l'intoxication alcoolique, l'empoisonnement morphinique chronique puisse provoquer des troubles papillaires.

Ces troubles se montrent déjà du reste à un certain degré *dans l'intoxication aiguë ;* c'est par ceux-ci que nous allons commencer, nous chercherons ensuite les modifications de la vue que nous avons rencontrées dans l'*intoxication chronique.*

a. — Expérience physiologique. — Fidèle à notre habitude, nous allons prendre comme canevas de notre description deux cas de morphinomanie dont nous avons cité les détails ailleurs.

a. Dans le premier cas il s'agit, on le sait, d'une intoxication aiguë légère ; nous en détachons ce qui a trait aux troubles survenus dans la vision... ; après une absorption de 5 à 6 centigrammes, on remarque chez X... un nouveau phénomène important, car il rend compte dans une certaine mesure, des lésions permanentes que nous avons observées dans quelques cas chez des morphinomanes

[1] Delabanne, *Thèse citée.*

avérés, je veux parler des modifications survenues du côté de la vue. Ces troubles consistent d'abord en une dilatation pupillaire assez accentuée, et en un certain degré de paralysie de l'accomodation, les caractères d'imprimerie n'étaient plus lus à la distance ordinaire ; il eut été intéressant de rechercher ici avec des vues graduées le degré de cette paralysie. Il y eut ici aussi, nous y avons longuement insisté, à ce moment, des illusions et des hallucinations très nettes de la vue. Mais ces phénomènes sont plutôt des troubles psycho-sensoriels que des troubles physiques. Nous n'en reparlerons donc pas ici.

Apparition de mouches volantes dans le champ visuel ; il est aussi à regretter que l'examen ophthalmoscopique n'ait pas été pratiqué à ce moment ; il est vraisemblable, d'après ces symptômes observés qu'on aurait noté une congestion papillo-rétinienne. Apparition de mouches volant et congestion de la papille sont en effet deux phénomènes souvent connexes en ophthalmologie. Quoi qu'il en soit ce fait est intéressant et il mérite d'être rapproché des expériences entreprises par Laborde et Calvet sur les animaux [1].

Calvet, en effet, avait déjà noté dans ses expériences, dès 1877, la dilatation pupillaire, non seulement sur les animaux, mais même dans un cas d'intoxication aigu chez l'homme, suivi de mort à la suite d'une déplorable erreur thérapeutique. Et depuis, ces phénomènes ont été souvent observés.

Nous avons eu nous-même occasion de constater ce fait dans un cas d'intoxication aigu, beaucoup plus avancé que le cas de X..., puisqu'il y eut perte de connaissance pendant quatre heures (V. observ. de la fille B...,) et que l'on crut pendant longtemps que la mort allait survenir. Il y eut de plus ici, comme nous l'avons vu, perte complète du reflexe pupillaire.

[1] Calvet. *Loc. cit*, et Brochin, *Gazette des Hôpitaux*, 1877, n° 297, p. 226. — Laborde, *Société de biologie*, 1876.

Quant à la paralysie du muscle ciliaire nous ne l'avons trouvée signalée nulle part, mais on l'explique facilement si l'on considère que les fibres qui innervent l'iris et le muscle de Brucke ont la même source et qu'elles viennent toutes les deux du grand sympathique et du moteur oculaire commun par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique. Il est donc facile de concevoir que dilatation pupillaire et paralysie ciliaire peuvent co-exister, se rattachant l'une et l'autre à la même cause : paralysie des nerfs ciliaires.

Quant à la congestion pupillo-rétinienne dans le cours d'une intoxication aiguë, ce n'est ici qu'une hypothèse, car l'examen du fond de l'œil n'a pu être fait dans le cas de X... mais elle est probable en raison des phénomènes subjectifs obtenus ici, et d'autre part sur les expériences entreprises par Chouppe d'abord [1] et Laborde [2].

Ce dernier, avec l'aide de Fieuzal a examiné la rétine de chiens soumis à des injections sous-cutanées de morphine. Ces deux expérimentateurs constatèrent d'une manière très nette un état congestif de la rétine, une congestion très marquée des veines et des artères. Cet état est très passager, il fait bientôt place à une anémie rétinienne.

Cette anémie rétinienne fut constatée comme lésion permanente chez des chiens rendus morphiniques chroniques.

Pour ce qui est de ce dernier détail, notons dès maintenant que, après des examens méthodiques pratiqués chez des morphinomanes, nous sommes resté convaincu que les troubles amblyopiques si souvent notés en pareil cas, ne sont pas des troubles banals ; nous restons convaincu qu'ils consistent en une lésion du fond de l'œil, parfaitement appréciable à l'ophthalmoscopie : l'anémie rétinienne.

Dans notre second cas, dans le cas de la fille B... (p. 68),

[1] Chouppe, *Gazette médicale*, 1874, p. 31.

[2] Laborde, *Communication sociale de Biologie*, 13 janvier 1877. — *Gazette des Hôpitaux*, 1877, n° 6, p. 4.

l'intoxication aiguë poussée jusqu'à l'empoisonnement, provoqua du côté de l'organe de la vision, des troubles plus accentués encore que dans le cas précédent.

En raison de l'empoisonnement très avancé et de l'état de la fille B..., l'examen ophthalmoscopique n'a pas été pratiqué non plus. Cependant il eut été intéressant en effet de rechercher si nous avions aussi une anémie rétinienne comme le fait a été constaté par Laborde[1] et par Calvet[2] dans les yeux d'animaux empoisonnés par la morphine, car nous ne croyons pas que l'examen ophthalmoscopique ait encore été pratiqué chez l'homme en état d'intoxication aiguë de la morphine. Ce desideratum manque dans nos observations ; mais d'autres particularités intéressantes se montrent ici du côté de l'organe de la vision.

La pupille était très dilatée, elle mesurait au moins 7 millimètres par le procédé de Hutchinson. Ce fait de la dilatation pupillaire est en rapport avec les expériences de Laborde et Calvet sur les animaux, mais est en contradiction flagrante avec les assertions de Vibert[3] qui prétend que le resserrement de la pupille est proportionnée à la quantité de morphine injectée et que dans le cas d'intoxication, elle devient punctiforme.

La dilatation pupillaire que nous signalons ici a du reste été constatée par Calvet [4] qui, dans un cas d'empoisonnement par la morphine suivi de mort, a trouvé une dilatation pupillaire très manifeste.

A cette dilatation de la pupille se joignait chez notre morphinomane une *abolition complète du reflexe pupillaire*, l'ouverture et l'occlusion alternative des paupières ne provoquaient absolument aucun mouvement du côté de l'iris

[1] *Loc. cit.*

[2] *Loc. cit.*

[3] Vibert, *Des injections de morphine*, 1876, *Journal de thérapeuthique*.

[4] Clavet, *Loc. cit.*

incité ; la lumière d'une bougie, approchée de l'œil ne le faisait pas réagir davantage.

Le reflexe cornéen était aussi disparu, la piqûre d'une épingle sur la cornée ne provoquait aucun reflexe oculo-palpébral.

Voilà les phénomènes les plus saillants que l'on peut rencontrer dans les modifications survenues du côté de la vision dans l'intoxication aiguë par la morphine.

On comprend que dans l'intoxication chronique, dans le morphinisme proprement dit, la répétition de ces modifications fonctionnelles, puisse entraîner des lésions réelles. Ce sont celles-là que nous allons maintenant étudier.

b. Faits cliniques. — En effet, nous avons été surpris en examinant au point de vue fonctionnel certains morphinomanes, de voir que l'acuité visuelle était diminuée et, comme nous le disions, que cette diminution concordait précisément avec le moment où avait débuté la passion pour la morphine.

C'est ainsi que A... ,à un moment donné, nevoyait même plus à se conduire de l'œil gauche Il y avait du reste eu pour cet œil, dans l'histoire d'A..., des alternatives decécité, de diminution de l'acuité visuelle, de retour à la vue, coïncidant précisément avec l'absorption journalière de dose proportionnelle de morphine.

A son arrivée à la clinique, alors qu'elle s'injectait une moindre quantité de son poison habituel, la vision marque, à l'échelle de Wecker environ 2/3, revient à l'état normal, à l'acuité 1, quand elle guérit.

Nous avons alors été amené à examiner l'état des fonctions visuelles, et le fond de l'œil chez quelques morphinomanes.

Cette étude nous a donné quelques résultats intéressants. Nous ne donnerons pas ici toutes les observations que nous avons notées à ce sujet, tous les examens, tous les champs visuels que nous avons pris, d'autant que souvent cet examen

a été négatif, ce serait sortir des limites de ce mémoire ; nous en ferons l'objet d'un travail spécial.

Nous donnerons seulement ici les résultats que nous avons trouvés chez un de nos morphinomanes mêmes invétérés ; nous éviterons ainsi des répétitions inutiles, d'autant que, disons-le ici, les phénomènes observés chez ce malade sur l'organe de la vision, semblent résumer ce que nous avons généralement observé.

M..., 38 ans, employé de bureau, entre le 10 mai 1888, à l'asile Sainte-Anne, reste dix-sept jours à l'admission, a quitté l'admission pour entrer dans le service des hommes, à Sainte-Anne.

L'alcoolisme était la cause de sa séquestration. Pendant six mois, il buvait un litre de cognac par jour, dans le but d'en finir avec la vie. Il avait pris cette décision à la suite de malheurs privés. Ayant éprouvé des pertes d'argent par l'intermédiaire de son père à qui il avait avancé tout ce qu'il possédait, il avait cherché des consolations dans la boisson.

Père suicidé en 1879, une sœur hystérique, grand-père mort à 99 ans, un frère bien portant — maître de chapelle — A la suite de ses libations prolongées : hallucinations terrifiantes, cauchemars, cris nocturnes. Délire professionnel caractéristique.

En 1875, il avait eu un rhumatisme subaigu pour lequel son médecin lui ordonna des piqûres de morphine. Pendant un mois il les fit lui-même, puis, comme cela arrive souvent, au bout de ce temps, il chargea la femme du malade de les faire elle-même, lui confiant sa seringue et sa solution. — A ce moment, au bout d'un mois, trois seringues par jour au 1/50 ; mais M... eut vite fait de se procurer en cachette un arsenal complet pour se faire des piqûres supplémentaires. Ces piqûres supplémentaires, d'abord discutées, atteignaient au bout de cinq mois la dose énorme de 50 centigrammes. Il était peu à peu arrivé à 1gr,50.

En 1879, il ajoute à ses habitudes morphiniques, de copieuses libations pour noyer son chagrin, dit-il, et pour trouver la mort.

Remarquons ici qu'il n'y a pas à tenir grand compte de l'appréciation, parce que son histoire publiée ailleurs ne le montre pas tout à fait sous le même jour.

Quoi qu'il en soit, il entre à Sainte-Anne pour alcoolisme, à son entrée du moins il le dit, on l'avait guéri depuis six mois en ville, par la suppression progressive ; ses habitudes morphiniques auraient donc duré, dans une première phase, pendant quatre ans. Il y aurait eu, au milieu du traitement, une tentative de suicide. Furieux de se voir enlever sa seringue, il aurait absorbé le contenu d'une fiole contenant 90 grammes de teinture de digitale; vomissements, diarrhée.

Dans l'asile même, au mois de mars 1881, revient à la morphine — s'était procuré une seringue et une solution — arrive vite à la dose ancienne. Mettant, dit-il, à profit les sorties qu'on lui signait, il faisait une fausse ordonnance, et se procurait ainsi toutes les solutions voulues : « Une fois que j'avais le cachet d'un pharmacien, je retournais chez lui, dit-il, et je renouvelais ainsi ma provision quand elle s'épuisait. »

Il prétend même qu'il avait à ce moment l'adresse d'un pharmacien qui lui livrait de la morphine sans ordonnance.

Il continue jusqu'au mois de juin 1882, se serait alors déshabitué en remplaçant les injections par des solutions de morphine, qu'il buvait et qu'il faisait de moins en moins fortes. Il aurait ainsi pris peu à peu le goût de la morphine.

Dans le cours de cette seconde phase, se place une tentative de suicide. Le malade aurait bu une solution contenant 4 grammes de morphine. Cette tentative, comme cela arrive souvent du reste, par le fait de l'accoutumance, n'aurait été suivie que de quelques troubles passagers.

Le 12 juillet 1884, troisième retour à la morphine : Ce malade qui était halluciné et qui a du reste encore de temps à autres, des hallucinations de l'ouïe, prétend qu'à ce moment, ses voix lui ont ordonné de recommencer ses injections. Quoi qu'il en soit, il recommence en 1884, — s'injecta d'abord 2 et 3 centigrammes, augmente environ de 1 centigramme par jour, et arrive au bout d'un an à absorber journellement 1 gramme par jour.

Cette troisième reprise dure deux ans, du mois de février 1886, au moment où la dose habituelle atteint le chiffre

de 1gr,50 par jour; à la suite d'une blessure au genou ne peut sortir et se procurer de la morphine ; il éprouve des troubles dus à cette abstinence morphinique, mais guérit une troisième fois de sa passion morphinique et prétend qu'actuellement il ne s'en fait plus qu'à de rares intervalles.

Voilà son histoire telle que nous l'a racontée le malade. Nous l'avons transcrite sous sa dictée, mais nous tenons à dire que nuos ne devons pas tenir compte de ses allégations, et même pour ce qui concerne ses sorties, pendant lesquelles il se procure de la morphine, il est prouvé qu'à certaines époques ce malade ne sortait pas. Il nous a probablement trompé comme il en a trompé bien d'autres, qui ont publié son observation; il faut dire du reste que ce morphinomane, dont le tableau héréditaire était très chargé, avait comme tous les héréditaires dégénérés, une grande tendance au mensonge.

Mais, pour ce qui nous regarde ici, il nous suffit de savoir que le fond de son histoire est vraie; M... est véritablement morphinomane : son corps absolument tatoué par les piqûres le prouve, et les renseignements, recueillis sur son compte à des sources plus sûres, prouvent également qu'il était réellement morphinique; et qu'il y a peu de temps qu'il ne se pique plus, si même il a vraiment abandonné sa passion.

Or voici les renseignements que nous donne l'examen de ses fonctions visuelles :

Strabisme d'origine traumatique probable de l'œil gauche. — Milieux transparents normaux ni leucôme ni irrités.

Acuité visuelle avec l'échelle métrique de Wecker

$og = \frac{1}{3}$; les verres ne corrigent rien.

$od = \frac{2}{3}$

Dilatation pupillaire normale.

Reflexes pupillaires, cornéen et oculo-palpébral normaux.

Pas d'achromatopsie — légère dyschromatopsie de l'œil gauche surtout pour le jaune et le rouge — l'œil droit reconnaît toutes les couleurs.

Champ visuel. — L'examen du champ visuel, pratiqué avec beaucoup de soin, nous a donné des résultats intéressants du côté de l'œil gauche Du côté de l'œil droit les résultats de l'examen ont été négatifs.

Mais du côté de l'œil gauche, l'examen campimétrique pratiqué avec le périmètre de Landolt nous a montré un rétrécissement concentrique assez prononcé pour toutes les couleurs.

Du reste nous joignons à notre observation le tracé du champ visuel pris sur les deux yeux, au point de vue du blanc, du bleu, du rouge, du vert et du violet. Il sera facile de voir que ce champ visuel normal pour l'œil droit est anormal pour l'œil gauche. Cette anomalie consiste simplement dans un rétrécissement concentrique pour toutes les couleurs; nous n'avons pas noté d'inversion.

L'examen ophthalmoscopique que nous avons répété à plusieurs reprises, négatif à droite, nous a montré à gauche une *anémie papillaire* très manifeste, cause probable de tous les troubles fonctionnels précités, on ne peut pas dire cependant qu'il y ait encore atonhie de la papille.

Voilà le résultat de notre examen des fonctions visuelles chez ces morphinomanes.

Nous ne voulons pas établir une relation forcée de cause à effet, puisque notre malade est buveur, etc..., mais un fait que nous tenons à signaler, c'est que le malade sent sa vue faiblir depuis seulement qu'il prend des injections de morphine. Voilà tout ce qu'il nous est permis de dire; nous ajouterons même : voilà ce que nous a montré l'examen ophthalmoscopique chez quelques autres morphinomanes.

Voilà les seules conclusions que nous pouvons donner ici.

Nous pourrions ici également citer les extraits de notre examen concernant l'état de la vision chez la fille X... mais pour éviter des répétitions, nous renvoyons à cette observation.

Voilà les conclusions que nous pouvons donner au sujet des modifications de la vue dans le morphinisme. Nous n'avons pas eu la prétention de signaler des faits nouveaux. Nous avons simplement voulu étudier à notre tour, avec soin, l'ophthalmoscope à l'appui, certains troubles déjà signalés par Laborde, Calvet, Delabanne[1] etc., et en Allemagne par Kapf[2], Seifert[3] en particulier. Trousseau avait du reste, déjà signalé les effets de la morphine sur la vue[4]

Nous avons très consciencieusement étudié les *modifications de la vision*, chez tous les morphinomanes non seulement qui font le sujet des observations de ce travail, mais que nous avons pu voir depuis quatre ou cinq ans, dans les différents services hospitaliers de la capitale. Dans cet ordre d'idées, notre examen a porté aussi bien sur les troubles *ophthalmoscopiques*, que sur les phénomènes de réfraction, que sur les lésions des différents milieux de l'œil.

Assez souvent négatif, notre examen à ce sujet a présenté quelquefois des particularités intéressantes et bien dignes d'êtres notées, étant donné surtout que l'étude des fonctions visuelles dans le morphinisme, comme nous le disions plus haut, a peu attiré l'attention des observateurs.

Aussi, toutes les fois que nous en avons eu l'occasion, nous

[1] *Op. cit.*

[2] Kapf signale un fait très net d'amblyopie où la cause (la morphine) ne laisse aucun doute, *Chronische morphiumvergiftung* (Wurtemb. med. corresp., Blatt, xlvi; 22, 1876, p. 174).

[3] Seifert. *Loc. cit.*

[4] *Cliniques.*

nous sommes livré à une étude complète chez les morphiniques, des modifications provoquées dans l'appareil de la vision par l'usage prolongé du poison. — Et, en dehors des phénomènes dont nous avons parlé plus haut, les longues et patientes recherches que nous avons faites dans cette voie, ont eu comme résultat d'aboutir à quelques conclusions qui nous ont paru nouvelles et non encore signalées.

Seulement, comme les limites que nous avons données au cadre de notre travail ne comportent pas de plus longs développements sur ce sujet spécial, nous nous voyons forcé de nous en tenir à ce que nous avons dit et de nous borner aux quelques considérations énoncées plus haut.

Mais les recherches auxquelles nous faisons allusion en ce moment ont été consignées avec soin au fur et à mesure de nos observations. Elles ont fait, avec les conclusions et les considérations, auxquelles elles ont donné lieu, l'objet d'une *étude séparée,* trop longue, et un peu trop étrangère au fond même de notre mémoire, pour prendre place ici, mais que nous publierons prochainement.

Conclusions. — Mais pour le moment nous sommes forcé de nous borner, et nous nous contenterons pour terminer de donner les conclusions de nos recherches :

1° La morphine dans l'intoxication aiguë, produit des troubles oculaires consistant en scotômes, diminution du champ visuel et même en amaurose complète. Mais hâtons-nous d'ajouter qu'ils sont essentiellement *passagers* ;

2° L'intoxication chronique, le morphinisme de très longue date surtout, peut produire des troubles oculaires *permanents*. Les *principaux* sont une *décoloration* de la papille qui peut aller jusqu'à l'*atrophie* progressive. En pareil cas, les premiers accidents, comme le faisait prévoir l'expérience physiologique consistaient en hyperémie de la papille.

Les autres phénomènes sont surtout des *scotômes* et des *rétrécissements* irréguliers du champ visuel, etc.;

3° Quand ces accidents ne sont pas des lésions oculaires avancées (comme l'atrophie papillaire) ils cèdent assez bien avec la suppression de la morphine.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE

§ 1. — Clinique thérapeuthique. (Observation).

Quels sont les préceptes qui découlent des longues considérations qui précèdent au point de vue du traitement de la morphinomanie? Quelles conclusions devons nous tirer de toutes les observations que nous avons cité jusqu'à présent et que nous avons peut-être trop minutieusement discuté ? Mais le lecteur nous pardonnera les détails dans lesquels nous sommes entrés, si l'on considère que ces cas, autrefois rares, deviennent maintenant si communs, que tout médecin, même en dehors des milieux hospitaliers, peut avoir à traiter des cas semblables dans sa clientèle, au même titre bientôt que l'alcoolisme.

Avant de donner ici nos conclusions, avant de dire quelle est selon nous la meilleure méthode de traitement à suivre, nous allons donner l'observation d'une malade que nous avons pu suivre de près et à laquelle nous avons déjà emprunté et nous emprunterons encore bien des points intéressants dans le courant de notre mémoire[1]. Nous la donnons ici in-extenso, en l'accompagnant de commentaires qu'elle nous a suscités... Nous la publions, non pas que le procédé employé ici pour le traitement fût celui auquel nous nous

[1] Cette observation a du reste déjà figuré dans un court article sur la morphinomanie publié dans l'*Encéphale*. (Mai-juin 1886).

rattacherons (suppression brusque), mais précisément parce qu'il nous montre les dangers qu'il présente, et qu'on ne doit l'employer que dans des circonstances bien spéciales que nous indiquerons du reste.

Nous avons pensé, étant donné la rareté des guérisons et d'autre part la fréquence toujours croissante des empoisonnement dûs à la morphine, qu'il serait intéressant de publier l'histoire d'une de nos malades, particulièrement curieuse au double point de vue des doses énormes injectées et des résultats obtenus.

En lisant cette observation, en voyant toutes les péripéties par lesquelles est passée notre malade, en suivant, pour ainsi dire pas à pas pendant huit ans son odyssée à travers presque tous les hôpitaux de Paris, qu'elle parcourut successivement pour trouver la guérison, on restera convaincu, et de la difficulté du traitement, et cependant de la nécessité morale où se trouve le médecin de ne pas abandonner à son malheureux sort un morphinomane, même si ce morphinomane, comme dans notre observation, avait épuisé la bonne volonté et la patience de tous les chefs de service par ses tromperies et ses supercheries répétées.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, A..., entrée d'abord à Laënnec, puis admise à Sainte-Anne sur un certificat de M. le professeur Ball. Elle a d'abord exercé la profession de modiste, mais comme cette profession ne lui rapportait pas beaucoup d'argent, et qu'il lui en fallait beaucoup pour satisfaire sa passion, elle y ajouta celle de modèle.

Renseignements héréditaires. — Nous croyons inutile de donner ici les renseignements héréditaires. Les antécédents héréditaires de A... seront donnés plus loin lorsque nous étudierons dans la deuxième partie de notre mémoire, l'influence de l'hérédité et de l'état mental coexistant sur l'intoxication morphinique.

L'accumulation d'hérédité doit donc entrer en ligne de compte et nous ne devons pas la négliger chez notre malade.

Nous sommes d'autant plus porté à prendre en considération cette notion d'hérédité, que l'on a souvent en pareil cas affaire à des femmes nerveuses, hystériques même. Or notre malade sous ce rapport est complète.

Réglée à douze ans, elle a eu des attaques de nerfs à l'âge de quinze ans. Elle tombait, se débattait : ces attaques duraient dix minutes, un quart d'heure ; — pas de cri initial, pas de morsure de la langue, pas d'écume aux lèvres, jamais cependant elle n'a ressenti de boule qui lui remontait à la gorge. Ces attaques qui paraissent avoir été de nature hystérique auraient été assez rares et ne se seraient pas renouvelées depuis longtemps. Actuellement elle n'en a plus. De plus on doit relever dans ces antécédents pathologiques une pneumonie et une fièvre typhoïde qu'elle aurait eues à l'âge de treize ans, et dont la convalescence aurait été très longue.

A quinze ans et demi elle a commencé à mener une vie très accidentée. Elle sort de chez sa mère pour vivre avec un amant. Quelques mois après le début de ses relations, se trouvant enceinte et cédant, dit-elle, aux instigations de cet amant, elle prend un breuvage qu'elle mêle à son chocolat, pour provoquer l'avortement et le retour des règles. Elle ne peut ou ne veut donner assez de détail sur la nature de l'agent employé. Toujours est-il qu'elle prend ce breuvage le matin, et que dans l'après-midi, elle ressent dans le ventre une douleur très vive suivie de l'expulsion de caillots de sang. Voyant que ses douleurs devenaient de plus en plus vives, et qu'elle perdait toujours du sang, elle se fait admettre le soir même à la maison Dubois. Au bout de quelques jours, il s'est vraisemblablement déclaré une métro-péritonite, suite des manœuvres abortives auxquelles elle s'était livrée.

On lui fait alors des injections de morphine pour calmer ses douleurs utérines. On sait que les morphinomanes peuvent être, au point de vue de l'étiologie, divisés en deux groupes : les uns se font des piqûres pour rechercher une sensation particulière (malades par euphorie), les autres se les font dans un but thérapeutique.

Dans ce deuxième groupe, chez le morphinomane, le rhumatisme est généralement la porte d'entrée ; chez la morphinomane, ce sont les désordres utérins.

On lui injecte pour commencer deux fois par jour la contenance d'une demi-seringue de Pravaz d'une solution au cinquantième, soit deux centigrammes par jour. Au bout de dix jours on était déjà arrivé à lui injecter cinq seringues par jour, soit dix centigrammes. Il est à remarquer que notre malade, comme du reste tous les morphinomanes, est, dedans sa longue expérience, très au courant du titre des solutions : elle se rend très bien compte des quantités injectées, et nous donne à ce sujet des détails très précis, qui nous ont été d'un grand secours pour constituer son observation. Restée en traitement deux mois à l'hôpital Dubois, elle était arrivée, à l'époque de sa sortie, à se faire régulièrement par jour, dix piqûres, soit vingt centigrammes Elle avait recours soit aux élèves du service, soit même au personnel, pour se procurer une solution de morphine et pour la renouveler quand sa provision était épuisée.

Elle quitte alors la maison Dubois, incomplètement guérie, et reste chez elle,alitée, souffrant beaucoup plus de la cessation des piqûres que de ses douleurs utérines. Un médecin qui vient alors la voir lui fait régulièrement pendant un an des injections à la dose de trente centigrammes par jour. Au bout d'un an, comme elle ne pouvait plus payer ses visites, il lui remet en mains une ordonnance ainsi libellée :

Morphine.	1 gramme
Eau	30 grammes

Les douleurs utérines ont donc été la principale cause de cette funeste habitude, mais ce n'est pas la seule. Il y a eu aussi un autre coupable : c'est le médecin. Ce point particulier fera du reste l'objet d'un chapitre spécial, nous aurons donc occasion de revenir sur l'histoire de A...; nous verrons alors le rôle que le médecin et le pharmacien ont joué dans son histoire. Voyez le chapitre III de notre seconde partie nous éviterons ainsi des répétitions inutiles.

A... se procure ainsi toutes les solutions de morphine qu'elle désire. Elle arrive de la sorte, en 1883, à épuiser deux flacons par jour, chaque flacon contenant toujours

1 gramme de morphine pour 30 grammes d'eau. Elle ne se faisait cependant qu'une dizaine de piqûres dans les vingt-quatre heures, seulement elle laissait l'aiguille en place et s'injectait à chaque fois trois, quatre et même jusqu'à cinq seringues. Toute la surface cutanée, sauf la face, en a gardé les empreintes, et d'autant mieux, qu'à un moment donné, et pendant un temps assez long, chaque piqûre était suivie d'un abcès, dont on comprend très bien le mécanisme (Voir la communication de M. Verneuil, au congrès de La Rochelle de 1882).

On sait en effet combien les plus petits traumatismes, fussent de simples piqûres, provoquent facilement des points de suppuration chez les morphinomanes.

Mais un autre facteur est intervenu ici, en dehors de la prédisposition spéciale des morphinomanes, pour expliquer la multiplicité des abcès chez notre malade et la trace indélébile des cicatrices consécutives.

A..., à bout de ressources, se privant souvent de manger pour pouvoir acheter de la morphine, se trouvait prise dans un cercle vicieux : elle ne pouvait travailler à son métier de modiste, quand elle n'avait pas pris sa dose accoutumée qui était pour elle un stimulant factice de quelques instants ; et d'autre part, pour acheter son poison, il fallait de l'argent, beaucoup d'argent. Sur son gain qui s'élevait à 4 francs par our elle prélevait 3 francs pour satisfaire son appétit maladif, et cette somme ne suffisait pas la plupart du temps. Ses aiguilles de Pravaz étant usées elle préférait ne pas les renouveler pour ne pas diminuer sa provision quotidienne de morphine.

L'argent se faisant de plus en plus rare, voici alors l'artifice qu'elle employa pour pouvoir utiliser les aiguilles usées de sa seringue, qui, épointées, ne pouvaient plus pénétrer sous la peau ; procédé des plus douloureux, qu'expliqueront seulement les médecins qui connaissent toute l'énergie que peuvent déployer en pareil cas les morphinomanes pour arri-

ver à satisfaire leur passion quand même. A l'aide d'une grosse aiguille qu'elle s'enfonçait dans les tissus, elle se faisait à la peau un orifice suffisant pour introduire l'extrémité de son aiguille ébréchée. Par le même orifice, maintenu perméable pendant vingt-quatre heures, quelquefois plus, elle s'administrait vingt à trente injections en huit ou dix séries; quand il s'oblitérait, elle recommençait sur une autre partie du corps. Par ce moyen, elle arrivait à se passer d'aiguilles, c'est-à-dire, de frais inutiles. Seulement il en est résulté une série d'abcès sur divers points du corps, notamment sur les cuisses, en si grande quantité que la peau dans ces régions est parsemée de taches larges et formant des cicatrices indélébiles, qui lui donnent une apparence tigrée, tatouée, des plus caractéristiques.

Pendant ce temps étaient apparus chez notre malade les effets funestes de l'intoxication morphinique, sur lesquels je n'insisterai pas. D'abord les attaques d'hystérie avaient peu à peu disparu sous l'influence du morphinisme. Ce fait avait déjà été signalé par M. Lancereaux dans ses leçons[1].

Le sommeil avait disparu sous l'influence des cauchemars qui la tourmentaient et des douleurs qu'elle ressentait dans tous les membres. Ces douleurs consistaient en picotements, crampes qui la tenaient éveillée et qui ne cédaient pour quelques instants qu'à une piqûre de morphine. Jamais, cependant, elle n'avait eu d'hallucinations le jour, nous n'avons pas trouvé non plus chez elle cette altération du visage et ces tremblements qu'on signale chez les morphinomanes. L'inappétence et la gastralgie ont apparu au bout d'un an de cet empoisonnement progressif. Chez cette femme enfin, chez qui les règles ont apparu assez régulièrement pendant trois ans de ce régime, *la menstruation avait entièrement cessé*.

[1] *Du morphinisme chronique*, in *Sem. méd.*, 1881, n° 23.

C'est alors qu'A..., se voyant profondément malade et très amaigrie, se décide en 1883 à entrer à l'hôpital pour être soignée. Elle parcourt ainsi successivement tous les hôpitaux de Paris, partagée entre le violent désir de rompre des habitudes qui menacent son existence et l'attraction non moins violente qui la pousse à satisfaire son appétit. Elle entre d'abord à l'hôpital Stecker. Au bout de quinze jours, comme elle ne peut supporter la diminution progressive, elle obtient sa sortie.

Elle y retourne une seconde fois, et en ressort au bout d'un mois, après une tentative inutile de traitement.

Troisième entrée au commencement de 1884 à Lariboisière : elle absorbait en ce moment une moyenne de 2 gr. 50 par jour. Elle y resta fort peu de temps et nullement améliorée.

Quatrième entrée à la Charité ; un mois de séjour.

Cinquième entrée à Beaujon ; on essaie de lui supprimer brusquement la morphine ; A... reste deux jours surveillée et privée de morphine ; syncopes, vomissements de sang, etc. Elle réclame alors impérieusement sa sortie, et on la laisse partir.

Sixième entrée à la Charité au mois de janvier 1885. Elle a de l'amblyopie et ne voit plus à se conduire de l'œil gauche. Ses dents remuent et ne peuvent plus mastiquer aucun aliment.

Malgré tout ce cortège de symptômes alarmants, elle sort au bout d'un mois de séjour, incapable d'aucun effort pour se déshabituer de ses piqûres.

Ici se place par ordre chronologique une tentative de suicide ; menacée de la perte de l'œil gauche et de la chute de toutes ses dents, et d'un autre côté, n'ayant plus d'argent, et sentant sa provision s'épuiser, elle avale d'un trait une solution contenant 4 grammes de chlorhydrate de morphine pour 30 grammes d'eau. Comme il était permis de le prévoir, grâce à son accoutumance, cette ingestion n'eut pas l'effet désiré, et la nuit fut seulement plus agitée, et au bout de

deux ou trois jours, à part une certaine lourdeur de tête, il n'en paraissait plus rien.

A la suite de cette tentative de suicide, diminution légère du titre des solutions, mais elle a vite fait d'arriver aux anciennes doses. Du reste, depuis un certain temps, elle ne mesure plus les quantités injectées; elle puise à même dans des solutions au trentième et ne s'arrête que lorsqu'elle croit avoir atteint approximativement la dose de 1 gramme 50 de substance active, par jour.

Cette dose est évidemment très élevée, et on peut s'étonner que notre malade ait pu résister pendant six à sept ans, à des quantités prodigieuses de morphine injectées quotidiennement, mais on reste moins étonné, quand on songe à la tolérance de l'organisme pour cette substance. Tous les auteurs qui se sont occupés de la morphinomanie ont signalé, en effet, de ces cas de tolérance véritablement surprenants. M. Rochard rapporte le cas d'une femme qui s'injectait jusqu'à 3 et 5 grammes de morphine par vingt-quatre heures[1]. Dans une observation de Notta, une dame de vingt-huit ans, névropathe, absorbait pendant les six derniers mois de sa vie, 1 gr. 50 à 2 grammes par jour.

Leidesdorf, cité par Notta, raconte le cas d'un médecin qui s'injectait 2 gr. 50 par jour, et cela pendant plusieurs années; le docteur Dalbane, cité par Zambacco[2], fait mention d'un malade qui usait journellement depuis trois ans, 3 gr. 50. Ce même observateur cite plusieurs cas semblables. Un malade, docteur en médecine, soigné par M. Marandon de Montyel, en prenait 1 gr. 50 par jour[3]. M. le Professeur Ball, dans ses leçons sur la morphinomanie, relate plusieurs faits du même genre, on peut en effet dire que la tolérance pour la morphine, due à l'accoutumance, est presque illimitée. Il ne faut donc

[1] Rochard, *Congrès de La Rochelle*, 1882.
[2] Zambacco, *In Encephale*, 1882, n° 3-4.
[3] Marandon de Montyel, *Ann. med. psych.*, *janvier* 1885,.

pas trop s'étonner si la tentative de A... a échoué, et si une ingestion de 4 grammes de morphine, en une seule fois, n'a produit chez elle qu'une simple lourdeur de tête et un peu d'agitation dans le sommeil. J'ai à ma connaissance plusieurs observations de tolérance aussi surprenantes. Je ne citerai que l'exemple du jeune docteur (p. 34) de province, que j'ai pu suivre plusieurs années et qui, certains jours, s'injectait jusqu'à 4 et 5 grammes, 9 grammes quelquefois. Il a, du reste, succombé à la cachexie morphinique. Nous avons donné son observation (p. 34).

Mais il n'est pas moins vrai que si l'organisme s'habitue à de pareilles quantités de poison injecté, ce n'est qu'au prix d'une cachexie profonde, qui arrive plus ou moins vite, mais qui arrive fatalement.

Au bout de six à sept ans de cette pratique funeste, A... était devenue très amaigrie. Sentant bien qu'elle cachectisait de plus en plus, elle suit l'exemple de sa sœur également morphinomane et ne pouvant se passer de morphine, ni même diminuer ses doses ; elle boit des solutions au lieu de se faire des injections hypodermiques, mais son estomac délabré ne peut supporter aucun genre de traitement et elle revient vite à son ancien procédé.

Ici se place sa huitième entrée dans les hôpitaux : parfaitement consciente de l'état de dépérissement dans lequel la plongeait sa malheureuse passion, et toujours pleine de bonnes intentions, elle entre à l'Hôtel-Dieu, où on lui fait des injections progressivement décroissantes pendant quelques jours. Mais, trompant la confiance du médecin, comme du reste à ses autres entrées, elle se procure de la morphine, une seringue, et se fait elle-même des piqûres supplémentaires. On renonce alors à la traiter, et on lui signe sa sortie après trois semaines de séjour.

C'est alors qu'après quelques semaines passées chez elle, elle est admise dans le service de M. le Professeur Ball, à Laënnec, pour des douleurs utérines. Elle avoue qu'elle se

fait depuis huit ans des injections. On commence alors un traitement régulier : on confisque la seringue et les solutions, et on la soumet à une surveillance rigoureuse.

Ainsi surveillée, on diminue peu à peu et le nombre de ses injections quotidiennes, et le titre des solutions employées, en ayant bien soin de la tonifier et de soutenir ses forces par tous les moyens possibles.

On croit à une amélioration relative, et on se prend à espérer la guérison prochaine, lorsque, au bout d'un mois, elle déclare elle-même qu'elle n'a pas eu le courage de supporter la diminution progressive des injections et qu'elle se fait encore, une fois de plus, des injections supplémentaires. Elle avait trompé la confiance du chef de service et se faisait apporter par sa sœur, au parloir, de la morphine, qu'elle dissimulait à ce point qu'elle avait pu, pendant trois semaines, se faire des piqûres à l'insu des médecins et de la surveillance sévère qu'on exerçait autour d'elle.

Elle regrette amèrement ce qu'elle a fait et demande elle-même sa séquestration dans un hospice où elle puisse être surveillée très activement, et supplie qu'on la guérisse malgré elle.

M. le Professeur Ball lui fait alors un certificat et la fait admettre à l'asile Sainte-Anne.

Elle entre dans le service de la clinique le 16 février 1886, et c'est là que nous la voyons pour la première fois. A... est très amaigrie, elle pèse à peine 44 kilog. Le teint n'a pas cependant cette couleur plombée qu'on trouve ordinairement chez les morphinomanes invétérées; il a même conservé une certaine fraîcheur, et les yeux brillent d'un éclat assez vif. Elle présente du reste, avec un certain degré d'accentuation en plus, tout le cortège symptômatique que nous avons décrit plus haut. Il y a dans les membres, notamment dans les membres supérieurs, des plaques d'hyperesthésie et d'anesthésie disséminées sans ordre. La vue est cependant complètement revenue du côté de l'œil gauche; on ne trouve plus

qu'un léger degré d'achromatopsie. Pas d'abolition du reflexe pupillaire comme nous avons pu l'observer au Dépôt, dans un cas d'intoxication aiguë par la morphine. Pas de trace de tremblement dans aucune partie du corps.

Les troubles gastriques sont très accusés. La gastralgie est permanente et l'inappétence absolue : la malade ne peut manger aucun aliment, surtout la viande. Une piqûre faite immédiatement avant le repas, peut seule lui faire prendre quelque nourriture. La constipation est opiniâtre. Notre attention a été aussi appelée sur l'état de ses dents et sur les altérations que l'on décrit communément, depuis que Combes a décrit les lésions de l'appareil dentaire chez les morphinomanes [1], que Lancereaux avait du reste déjà signalées dans ses cliniques de la Pitié [2]. La carie et la chute d'une grande partie des dents, sont des symptômes communs dans le morphinisme chronique.

Chez A..., nous trouvons les gencives saignantes, les deux incisives et surtout la canine supérieure sont fortement ébranlées et menacent de tomber, ce qui inquiète beaucoup la malade ; pas de trace de carie et de périostite alvéolo-dentaire ; d'après nos renseignements, elle en avait eue avant son entrée. Les cheveux sont aussi épais qu'autrefois. Nous ne reviendrons pas sur l'état particulier de la peau dont nous avons parlé plus haut, et qui présente un aspect si caractéristique.

Comme troubles psychiques, nous notons simplement un affaiblissement de la mémoire. Le sommeil est pénible et agité, mais il n'y a pas d'hallucinations à proprement parler. Du reste, les véritables hallucinations sont assez rares dans le morphinisme chronique ; elles appartiennent surtout au morphinisme aigu, à l'intoxication aiguë, et alors elles sont absolument nettes, exclusivement visuelles et de nature

[1] Combes, *Loc. cit.*
[2] Lancereaux, *Loc. cit.*

gaie [1]. Quand elles existent dans le morphinisme chronique, elles sont de nature terrifiante (Lancereaux).

Les règles n'ont pas reparu; et toute espèce d'appétit sexuel semble absolument éteint. Du reste, cette femme qui a eu plusieurs amants déclare que leurs approches l'ont toujours laissée absolument froide, surtout dans les premiers temps de ses piqûres. Nous avons, du reste, noté le fait chez quelques autres morphinomanes dont nous avons l'observation, et nous ne partageons pas sur ce point l'avis de Notta. Souvent des morphinomanes interrogées par nous à la préfecture de police nous ont avoué que l'excitation génésique avait disparu avec la première piqûre [1].

A... paraît absolument résignée cette fois à suivre un traitement. A l'aide d'un personnel spécial, habitué à surveiller les moindres gestes des aliénés, M. le professeur Ball espère enfin arriver à déjouer toute supercherie.

La malade est fouillée avant son entrée dans l'asile, puis placée dans un bain et des vêtements spéciaux lui sont donnés. Les visites sont rigoureusement interdites, on permet seulement à la recluse de recevoir quelques douceurs et quelques menus objets envoyés par sa sœur, lesquels ne lui sont remis qu'après avoir passés par les mains de la surveillante de service.

On lui fait alors comme à Laënnec des injections progressivement décroissantes, en supprimant d'abord les plus éloignées de l'heure des repas et du coucher [2]. A... acceptait le règlement de la maison sans murmurer et paraissait prendre son parti avec la ferme intention de guérir.

Il n'en était rien, A... avait mis dans le secret de ses confidences une hystérique du service qui se brouilla avec elle et dévoila ses supercheries : A.., nous trompait depuis le premier jour, comme elle avait trompé tous les médecins des

[1] Voir p. 42, *Intoxication aiguë par la morphine.*
[2] Voir nos observations de la fille B (p. 68) et de la fille X... (p. 84).

hôpitaux où elle avait passé. Ne pouvant se procurer de la morphine directement, elle avait eu recours par lettre à sa sœur, morphinique comme elle et hystérique par surcroît, c'est-à-dire, habile à tromper. Celle-ci lui faisait alors parvenir du chlorhydrate de morphine soigneusement dissimulé dans des *boîtes de confitures* et dans des bobines de soie, et ce stratagème qui avait dû être renouvelé plusieurs fois, avait déjoué toutes les surveillances.

Désespérant de la guérir par un autre moyen, A... est alors isolée et gardée à vue, *et on prend le parti extrême de lui supprimer brusquement la morphine* sous quelque forme que ce soit, on lui prescrit simplement des toniques ; seulement on se tient prêt à agir, s'il y avait menace prochaine de collapsus, et à lui faire en pareille occurrence une piqûre de morphine.

Elle est isolée dans une chambre spéciale, avec une infirmière chargée de la surveiller constamment ; ordre est donné de ne la laisser parler à personne.

Entrée le 16 février, le traitement commence le 25 mars. Le jeudi matin, A... réclame en vain son injection, on lui donne en son lieu et place, pour les vingt-quatre heures, 250 grammes de café, et 200 grammes de bagnol ; on y ajoute une potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina. Elle refuse toute espèce d'aliment et boit seulement du lait.

Dans la soirée, elle réclame impérieusement une piqûre : elle nous saisit les mains, nous supplie d'avoir pitié de ses souffrances et prend la surveillante à témoin de notre cruauté. Température axillaire : 37°,5 ; pouls : 85.

Dans la nuit du 25 au 26 mars, agitation, vomissements incoercibles, elle ne peut garder ni bagnol, ni café, ni potion de Todd, température axillaire : 36°,5 ; pouls, 60. Elle réclame toujours ses injections, mais avec beaucoup moins d'insistance ; douleur très vive au creux épigastrique, légères secousses, mais pas d'attaques hystéro-maniaque comme on

pouvait s'y attendre, après cette suppression brusque, et comme le fait a été noté, surtout chez les malades aussi hystériques que la nôtre [1]. On prescrit un lavement avec 4 grammes de bromure, qui donne un peu de calme, et la malade dort de 9 heures à 10 heures du soir. Le reste de la nuit a été mauvais, les vomissements ont persisté jusqu'au matin et se renouvellent toutes les demi-heures. La diarrhée apparaît.

Le 27, au matin, la malade est beaucoup moins agitée. Lavement avec 3 grammes de chlorale qu'elle ne garde pas. Diarrhée profuse. Température axillaire : 36°,4 ; pouls : 55 ; les douleurs abdominales persistent. La malade est abattue et ne réclame plus de piqûres. Facies légèrement grippé. Extrémités moites et froides. Légers frissons de temps en temps. On la surveille sans la quitter un instant, se tenant prêt à pratiquer une piqûre, si ces symptômes de collapsus s'accentuaient. On prescrit une potion de Todd qui est gardée. Le soir, ce cortège de signes alarmants tend à disparaître. La température remonte. Température : 37°,1 ; pouls : 70 ; tout danger imminent a disparu. — Les mouvements et la diarrhée diminuent sensiblement. La nuit est meilleure ; sommeil de trois ou quatre heures.

Le 28, température : 37°,5 ; pouls : 75 ; les douleurs du creux épigastrique sont moins violentes et la malade n'a pas eu de nouvelles selles dans la matinée ; elle a seulement vomi une fois. Le soir le mieux s'accentue, tous les symptômes d'algidité ont disparu ; A... demande à manger ; pas de

[1] M. GARNIER a eu l'occasion dans un cas de suppression momentanée, de faire cette remarque chez une malade amenée à l'Infirmerie du Dépôt, et chez laquelle sous l'influence de la cessation brusque du poison, se déclarèrent des crises hystéro-maniaques. (Garnier, *Rapp. méd. légal* sur un cas de vol à l'étalage chez une morphinomane. Attaques hystéro-maniaques dues à la cessation brusque. Communication au congrès d'Anvers du 7 septembre 1885, *In Sem. médicale*, n° 37, p. 303, 1885.

diarrhée, pas de vomissements, température : 37°,6 ; pouls normal. La nuit se passe tranquillement, sommeil de quatre à cinq heures.

Le 29, température axillaire normale ; pouls normal. *On propose une piqûre de morphine à la malade qui la refuse.* L'appétit revient. On constate simplement un peu plus de maigreur de la face, mais les yeux n'ont pas perdu leur éclat.

Le mieux a persisté, l'appétit est revenu peu à peu. Les nuits sont maintenant bonnes, A... rejette bien loin l'idée de recommencer ses injections de morphine. L'embonpoint est revenu avec l'amélioration de l'état général ; A... qui pesait 47 kil. 5, à son arrivée à la clinique, pèse actuellement à la fin d'avril 49 kil. 500; elle a donc augmenté de cinq livres en un mois ; et, particularité sur laquelle je ne saurais trop insister pour montrer l'influence pernicieuse du morphinisme sur toutes les fonctions de l'économie, *notre malade qui avait eu ses règles supprimées depuis six ans, a eu ce mois ci des règles normales,* comme quantité et comme durée.

Le retour de la menstruation si longtemps absente a même été chez elle la cause d'une vive satisfaction et, en lui prouvant sa guérison, l'a confirmée dans la ferme intention qu'elle a de ne plus retomber dans ses funestes habitudes. De plus ses urines analysées un mois après avec beaucoup de soin par M. Euvrard, interne en pharmacie, n'ont pas décelé la plus petite trace de morphine[1].

A... peut donc être regardée actuellement comme tout à

[1] L'urine de la malade A..., amenée en consistance d'extrait sirupeux, a été neutralisée exactement par l'ammoniaque, puis traitée immédiatement et à deux reprises par l'alcool amylique. Cette solution alcoolique évaporée, le résidu a été traité par de l'eau distillée légèrement acidulée par HCL et évaporée de nouveau.

Le résidu final ne donne aucune des réactions de la morphine par l'acide azotique, le persulfate de fer, le chorure d'or, quoique pré-

fait guérie, non seulement de sa funeste passion, mais même dans une certaine mesure de la cachexie morphinique. On peut donc à bon droit se montrer heureux d'un pareil résultat, si l'on considère d'une part la longue durée de l'intoxication, huit ans, et si l'on réfléchit d'un autre côté aux efforts infructueux si souvent tentés antérieurement pour l'arracher à son malheureux penchant, efforts toujours annihilés.

Mais il y a un gros point noir à l'horizon : A... a une sœur morphinomane ; il est à craindre que, cédant à l'influence pernicieuse de l'exemple, elle ne retombe dans ses écarts.

Dans tous les cas elle est sortie, déclarant que se souvenant des souffrances qu'elle a endurées, elle était bien décidée à ne plus avoir recours aux injections de morphine.

Ici se termine cette observation que nous avons peut-être trop détaillée. Bien que nous traitons seulement dans ce chapitre du traitement de la morphinomanie, on nous pardonnera, fidèle en cela à la marche que nous avons adoptée dès le début de ce mémoire, si nous sommes entré ici dans quelques considérations étrangères au traitement, toutes les fois que l'histoire nous en a donné l'occasion.

§ 2. — Résumé des différentes méthodes de traitement

Pénétrons maintenant plus avant dans l'étude du traitement et voyons quelle conduite devra suivre le médecin qui a devant lui un cas de morphinomanie.

a. — Suppression brusque

Tout d'abord devra-t-on en présence d'un cas d'intoxication

cipitant légèrement par l'iodure double de mercure et de potassium.

Une analyse comparative, faite avec une urine normale dans laquelle on avait ajouté 2 centigr. de morphine, a donné des résultats positifs (Note communiquée par M. Euvrard, interne en pharmacie).

chronique par la morphine, toujours se comporter comme on l'a fait pour notre malade A... et employer la suppression brusque ? Évidemment non. Je dirai même que les cas dans lesquels on doit se comporter aussi radicalement sont rares. Quelle est donc la conduite à tenir.

Sous ce rapport il y a d'abord deux grandes méthodes de traitement employées, l'une qui consiste dans la diminution progressive des injections, et à laquelle se rattachent les médecins français et adoptée par M. le Professeur Ball, l'autre qui consiste dans la suppression brusque mise en honneur par Levinstein, qui s'en est déclaré l'apôtre et le propagateur et qui n'a pas franchi le Rhin.

Pour ces raisons nous désignions, dans un court article paru sur ce sujet dans l'*Encéphale*, la première sous le nom de méthode *française*, la seconde sous le nom de méthode *allemande.*

Dans un article sur le même sujet et adressé à l'*Encéphale*, Erlenmeyer prétend que ces désignations n'ont pas leur raison d'être [1].

Pour leur refuser cette appellation il se base sur des questions de développement historique, etc... « les raisons, dit-il, qui déterminent l'auteur à donner ces désignations à ces deux méthodes ne se trouvent ni dans leur développement historique, ni dans leur emploi actuel... Elles sont toutes deux originaires de l'Allemagne ou de l'Autriche allemande..., suivant des indications bibliographiquee ayant pour but de prouver cette paternité.

L'emploi de ces deux méthodes, ajoute-t-il, n'est pas non plus celui que leur donne l'auteur. On ne saurait qualifier d'allemande la méthode de la suppression brusque, car Levinstein est le seul allemand qui l'ait employée. Les autres médecins allemands l'ont tous systématiquement combattue, et n'ont employé au contraire que la méthode

[1] *Encéphale*, 1886.

graduée ou lente. Il en est de même en Angleterre, en Amérique, en France. Cette méthode n'a donc pas de nationalité précise. »

Nous ne saurions laisser passer cette assertion sans maintenir ou tout au moins justifier notre appellation touchant les deux méthodes de traitement, actuellement connues pour la guérison de la morphinomanie. Notre pensée n'a pas été bien interprétée.

Bien que Levinstein soit le seul allemand qui ait employé la suppression brusque, étant donné d'une part le grand retentissement qu'ont eu ses travaux sur la morphinomanie dans tous les pays, et d'autre part les travaux et l'opinion contraire unanime des médecins français qui ont écrit sur ces questions, on peut sans inconvénient maintenir notre appellation.

Seulement nous n'attachons pas aux épithètes *allemande* et *française* le sens que leur donne M. Erlenmeyer : *Sans préjuger ici la question d'origine*, de paternité, nous voulons seulement dire par là qu'en France on a employé jusqu'ici *exclusivement* la suppression lente et qu'en Allemagne seulement il est employé une méthode de traitement non employée en France, que Levinstein, son auteur, a mis en honneur sous le nom de suppression brusque.

Prises dans ce sens qui est le sens vrai, ces désignations qui sont du reste admises en clinique dans le langage courant par plusieurs médecins français sont je crois pleinement légitimes et doivent être maintenues.

Les expressions admises de traitement brésilien, traitement français, traitement italien (Razori), n'ont du reste pas d'autre origine, et cependant il ne viendra à l'idée de personne de dire que les traitements préconisés dans l'espèce sont suivis au Brésil, en France en Italie, ces expressions veulent simplement dire que de ces pays est parti le signal, et c'est tout.

L'expression de *méthode allemande* désignant la sup-

presion brusque a donc sa raison d'être, puisque d'après M. Erlenmeyer lui-même, c'est Levistein un allemand qui est « l'apôtre de cette méthode et en est le représentant presque exclusif ». Cette expression a donc bien une nationalité originelle, précise (Lewistein et Eder de Vienne), et doit être conservée, tout le monde lui comprenant ce sens.

Par opposition, comme jusqu'à ces derniers temps on a employé en France exclusivement la suppression lente (Ball, Lancereaux, Zambacco, etc.), il y a tout lieu de maintenir, pour désigner cette dernière méthode, le nom de *Méthode française* [1].

Le sens attaché à ces deux expressions est donc absolument clair et net.

b. Méthode rapide, demi-lente.

Outre ces deux méthodes de traitement il y a une troisième méthode qu'on appelle en Allemagne la méthode Erlenmeyer et qui tient le milieu pour ainsi dire entre les deux autres. C'est la méthode dite méthode rapide demi-lente (en Allemagne).

Depuis cinq à six ans il semble que cette méthode a donné d'excellents résultats de l'autre côté du Rhin et y est maintenant assez généralement employée, je dois ici en dire un mot.

[1] Il est juste de dire que depuis que notre article a paru, il a été publié deux observations de M. Magnan (*in thèse* de Gaudry, p. 61 et 63), relatives à des cas de morphinisme traités par la suppression brusque.

M. Marandon de Montyel dans un article récent publié dans les *Ann. méd. psych.* de 1885, se rallie franchement à la méthode de Livenstein, à la méthode allemande. Il cite à l'appui de son opinion deux observations intéressantes; mais dans son premier cas, il est à remarquer qu'il n'y eût cessation brusque que des cinq derniers centigrammes. — L'exemple de son second malade est plus concluant; mais après trois ou quatre rechutes ce malade est revenu à ses habitudes (*Ann. de méd. psych.* 1885, p. 15).

Voici d'après l'auteur lui-même en quoi elle consiste. La méthode *rapide* tient en considération la dose journalière, la durée de la maladie, la constitution du malade à laquelle elle s'adapte. *La suppression dure avec cette méthode huit à dix jours.* Quant aux symptômes qui peuvent apparaître, ce sont tous ceux qui accompagnent la suppression *brusque sauf le collapsus.*

Cette méthode mixte aurait donné entre les mains de son auteur d'excellents résultats, sur une statistique de deux cent morphinomanes, traités dans un établissement spécial [1].

Tout ce que nous dirons des précautions, des moyens à employer pour déjouer la supercherie, en un mot pour mener à bien le traitement se rapportent aussi bien à cette méthode qu'aux deux autres.

Quoi qu'il en soit de ces questions de mots, *nous repoussons la suppression brusque* et nous *adoptons la méthode progressive décroissante.* Sans parler des cas de mort signalés par les auteurs et dus au collapsus, nous avons assisté personnellement à des accidents tellement graves, dus au *sevrage brusque*, que nous ne conseillons d'y recourir que dans des cas exceptionnels, où la méthode ordinaire, comme dans notre observation, est rendue absolument impossible par la simulation et les supercheries du malade [2]. Et lorsque son existence est d'ailleurs menacée à courte échéance par les progrès de la cachexie morphinique. En pareil cas, le rôle du médecin est tracé, il n'a pas à hésiter, et, tout en se tenant prêt à intervenir à la première menace sérieuse de collapsus, il emploiera le sevrage brusque. Mais il ne devra y recourir qu'après avoir épuisé toutes les formes de traitement progressif que nous passe-

[1] ERLENMEYER, *Die morphiumsucht.* 1883, Leipsik. — *Encephale*, 1886.

[2] Nous avons même cité au chapitre de l'absence morphinique *trois* cas de mort.

rons en revue tout à l'heure, y compris, surtout, la séquestration.

En repoussant formellement en principe le sevrage brusque, nous n'avons en vue que les cas de morphinomanie véritable, dans lesquels le malade a dépassé la dose de 15, 20 centigrammes par jour, sans parler même des sujets qui atteignent, comme A..., 2 grammes par jour. Mais en dehors de ces faits qui constituent réellement une maladie, et une maladie des plus graves, le médecin peut avoir à traiter un rhumatisant, un névralgique guéri et qui depuis plusieurs mois reçoit une dose quotidienne de 3, 4 à 5 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées. Les douleurs sont passées, et cependant il continue pendant quelques jours. Il a bien essayé de les supprimer, mais il n'a pu trouver ni sommeil, ni appétit. Il entend alors vaguement parler des dangers d'une pareille pratique et il vous demande des conseils. Ce n'est ici ni un morphinique, encore moins un morphinomane, et il n'y aura aucun inconvénient à lui supprimer brusquement du jour au lendemain toute injection. Il réclamera impérieusement son stimulant habituel, à l'heure accoutumée, s'emportera contre son entourage, il taxera même son médecin, ses proches, de cruauté, mais il n'aura ni vomissement, ni diarrhée, ni frisson, seulement un peu d'agitation dans son sommeil, quelques cauchemars. Le lendemain, généralement, toute trace de maladie a disparu. Seulement il faut bien avoir soin de prévenir, en pareil cas, les parents du malade de ce qui va se passer, des plaintes, des supplications qu'ils auront à essuyer, et d'autre part du danger que court l'intéressé, s'il ne se décide pas à mettre un terme à ses habitudes, pour qu'ils soient impitoyables, et tiennent bon devant les prières et les reproches. C'est de l'énergie de l'entourage que dépendra le succès du médecin.

A bien des points de vue, cette cessation brusque vaut mieux chez les sujets de cette catégorie. Une diminution pro-

gressive aurait le tort de les faire passer à leurs propres yeux pour de véritables malades, et pourrait de ce chef, en dehors de la perte de temps qu'elle entraîne, avoir une certaine influence sur des natures hypocondriaques[1].

On pourrait donc supprimer brusquement les injections chez un morphinomane : 1° lorsque toute tentative aura échoué par l'effet de tromperies et de supercheries multipliées, chez un sujet dont l'existence est du reste menacée par la cachexie morphinique, et 2° lorsque les doses employées sont plus élevées.

c. Suppression progressive.

Mais en dehors de ces deux cas assez nettement déterminés, *il faudra toujours employer la diminution progressive.* Déclarons tout d'abord que la guérison est possible et qu'on en trouve de nombreuses observations. Nous ne citerons que les faits de M le professeur Ball, de M. Zambacco. Notta en cite trois cas et donne quatre observations empruntées à Leidesdorf, sur lesquelles on note quatre guérisons ; Lancereaux dans ses leçons cliniques en rapporte deux exemples très nets. Je ne cite que les cas qui me sont présents à la mémoire, mais il me serait possible de les multiplier. Le morphinomane invétéré, n'est pas un individu condamné sans appel, tant s'en faut, et nous ne partagerons pas sous ce rapport le pessimisme de certains médecins. Nous connaissons personnellement quelques cas de guéri-

[1] Nous avons éprouvé nous-même la possibilité qu'il y a de supprimer brusquement sans aucun danger, des doses faibles de morphine quand elles ne dépassent pas 3, 4 centigrammes par jour. Ayant pris dans le cours d'un rhumatisme aigu pendant quatre mois la dose quotidienne de 2 à 4 centigrammes de chlorydrate, la cessation brusque des piqûres ne provoqua chez nous aucuns symptômes dignes d'être notés : quelques malaises, quelques récriminations, de l'insomnie et de l'inappétence pendant vingt-quatre heures, et ce fut tout.

son, et l'observation de notre malade A..., ainsi que celle de notre malade H..., dont nous parlerons ailleurs, mais dont nous donnons dans ce chapitre, ici, un court résumé, au point de vue de la marche du traitement suivi (V. Tableau), vient du reste à l'appui de cette opinion. Nous passons bien d'autres cas observés, pour nous en tenir aux faits les plus probants, et nous nous rangeons pleinement à l'avis du docteur Zambacco : « Les morphinomanes, dit-il, qui ont la force de caractère nécessaire et la volonté de guérir, peuvent y parvenir. »

Je n'insisterai pas sur la manière de diminuer les injections, on n'a qu'à se reporter pour cela au mémoire de Zamboca, dont les préceptes sont devenus classiques. Il suffira de savoir que les dernières injections à supprimer, sont celles du réveil du matin, celles qui précèdent les repas et celles du soir ; celle-ci doit être supprimée la dernière et faite le plus tard possible, avant le coucher.

Quant aux agents proposés pour remplacer ici la morphine dans une certaine mesure, et habituer l'organisme à la diminution progressive, ils sont assez nombreux, et quelques-uns peuvent rendre de grands services.

Injections d'eau pure. — Il y a d'abord des *injections d'eau pure intercalaires*, nous devons ici distinguer les injections faites en toute connaissance de cause de la part du malade et les injections faites à l'insu du malade. Les premières peuvent être utiles, elles procurent un certain degré de bien-être, ressemblant de loin à la sensation d'euphorie de la morphine, et méritent d'être employées, en ce sens qu'elles rendent moins pénible la progression dans la diminution des doses.

Quant aux secondes, c'est-à-dire celles faites à l'insu du patient, elles l'irritent, l'indisposent inutilement contre le médecin qu'il accuse de le tromper. — Car il ne faut pas croire que le malade, en pareil cas, sera votre dupe, il s'en aperce-

vra vite et saura du reste bien promptement le dire, il vous retirera immédiatement sa confiance et ce sera tout ; et alors adieu le traitement.

J'invoque ici mon expérience personnelle. Dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, soumis à des injections de morphine régulières pour calmer des douleurs intolérables des membres, une tentative de ce genre avorta complètement ; et au bout de cinq minutes, j'ai pu dire qu'on m'avait trompé : on m'avait, en place de morphine et pour s'éviter un surcroît de besogne, pratiqué des injections d'eau.

Le malade s'aperçoit en effet, dans l'immense majorité des cas, du piège qu'on lui a tendu. Et comme le fait remarquer très judicieusement à ce propos M. Notta[1], cet artifice qui peut réussir chez les névropathes de toutes catégories, réussit extrêmement rarement chez le morphinomane qui n'est ni un nerveux ni un névropathe.

Ici en effet ce n'est pas, comme chez l'hystérique qu'on guérit avec des injections de protoxyde d'hydrogène et des pillules de mica panis, ce n'est pas, dis-je, l'imagination qui est frappée, c'est l'organisme.

Nous avons en effet bien des fois insisté dans le cours de ce mémoire et nous aurons occasion d'y revenir encore, sur ce fait, que la passion pour la morphine par l'accoutumance faisait de l'alcaloïde un aliment aussi nécessaire que le pain. Notta cite le fait de morphinomanes aveugles, qui sans d'autre contrôle que leurs sensations ne se trompait ni sur le nombre ni sur la quantité de leurs injections.

Un malade soigné par Zambaco[2] ne se laissait pas tromper non plus : Je fermerais les yeux, disait-il, et après diverses injections pratiquées, je saurais discerner de suite qu'elle est la solution morphinisée et même si elle est concentrée ou étendue.

[1] Notta, *Loc. cit.*, p. 56.
[2] Zambaco, *Loc. cit.*, p. 612.

Fort de notre propre expérience personnelle, nous affirmons le fait, pour y avoir été soumis nous-même et ne pas y avoir été pris. Ce fait est du reste banal et de connaissance vulgaire. Mais cependant, même employé à l'insu du malade, il a quelquefois réussi, rarement, c'est vrai ; Zambaco cite quelques cas dans lesquels, les solutions, de moins en moins morphinisées, étaient à la fin constituées par l'eau pure. Nous-même trouvons dans l'observation suivante, communiquée par notre collègue, l'histoire d'un malade que nous avons connu et chez qui peu à peu à son insu on est arrivé à substituer l'eau pure à la solution morphinisée.

Diz., 50 ans. — Délire des persécutions. — Anévrisme de la sous-clavière gauche. — Ataxie locomotrice. — Vers 1882 ou 1883, à la Pitié, chez M. Brouardel, pour combattre douleurs fulgurantes : injections hypodermiques de morphine; la dose progressivement augmentée est portée jusqu'à 0,12 centigr. de chlorhydrate par jour, dit-il.

« La dose de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 (elle varie suivant les prières pressantes du malade) est continuée journellement pendant deux ans. La solution est à 2 0/0, et 1 ou 2 grammes de solution (suivant les circonstances) sont injectées le matin vers neuf heures et demie et la même quantité le soir vers quatre heures et demie. Dès que l'heure commence à se passer, il se montre inquiet, se plaint aux gardiens de douleurs terribles dans les membres, et, appuyé sur ses béquilles, il se place devant la fenêtre et attend, anxieux, le passage d'un interne pour le héler et le supplier de lui faire une injection. Arrive-t-on deux heures plus tard que d'ordinaire, il est absolument maussade, jette de rage son bonnet par terre, quelquefois même ses béquilles (il en a cassa une en pareille circonstance) et il se passe de manger, car il prétend avoir trop de douleurs, tant qu'il n'a pas eu sa piqûre, pour prendre de la nourriture. Il a un peu maigri, mange très peu, mais conserve cependant un certain embompoint. Dans le courant de 1884, on lui fait plusieurs fois des injections d'eau ; il s'aperçoit de la supercherie et prétend n'être nullement soulagé.

« Vers le 10 août 1885, alors que depuis environ trois mois il reçoit chaque jour 0 gr. 04 de chlorhydrate de morphine le matin, autant le soir, l'interne substitua à la solution de morphine à 2 0/0 (en ne mettant dans la confidence que l'interne en pharmacie), une solution ainsi composée :

Laudanum	1	goutte.
Eau de laurier-cerise.	125	—
Eau distillée.	125	—

« Solution qui a l'odeur et l'aspect de celle qui contenait de la morphine. La même quantité est injectée matin et soir. Le malade ne s'aperçoit de rien, et s'il manifeste parfois des doutes, disant que l'injection ne l'a pas beaucoup calmé et demandant si elle contenait bien de la morphine, ces doutes ne sont nullement plus fréquents qu'au temps où les injections contenaient de la morphine.

« Vers la fin d'octobre, après deux mois et demi environ de l'emploi de ces injections d'*aqua* presque *simplex*, Diz, prétendant que le médecin semble lui faire à regret ses injections, demande lui-même à suivre le conseil tant de fois donné, c'est-à-dire d'essayer de s'en passer. On lui affirme qu'on lui fera de nouveau ses injections si ses douleurs sont trop vives. Il a d'ailleurs durant cet intervalle, augmenté de poids, l'appétit est plus grand, la mine est bonne et le patient se trouve lui-même dans un meilleur état.

« Quelques jours après il affirme qu'il n'a vraiment pas trop souffert de la suppression de la morphine, et il n'en a plus demandé depuis. Quant à ses idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe, elles persistent comme auparavant avec des exacerbations passagères.

Disons cependant que d'un fait particulier nous ne devons pas inférer qu'il y ait là une règle indiquée ; ajoutons qu'ici les injections d'eau n'ont été employées comme agent de substitution que dans un cas de morphinomanie très peu avancé, et *chez un vésanique*.

En règle générale, faites à l'insu du malade, on doit les repousser, et si on veut les employer, ce qui n'est pas un

mauvais moyen, comme moyen curatif, nous conseillons de ne les employer qu'en toute connaissance de cause de la part du patient, et seulement *après avoir averti le malade*, afin, comme je le disais plus haut, de n'être pas accusé de tromperie, et de perdre ainsi sa confiance.

Injections hypodermiques amères. — Dans le même ordre d'idées, nous ne conseillons pas d'ajouter à l'eau simple une solution étrangère comme le sulfate de quinine pour assimiler le goût de la morphine [1].

Les injections intercalaires d'éther sulfurique, de chloroforme ont rendu quelques services en produisant une stimulation de quelques instants ; on pourrait y recourir.

Alcool. — Pourra-t-on remplacer la morphine par l'alcool? Oui, si on l'emploie comme tonique; non, mille fois non, si on admet en principe qu'il faut substituer l'ivresse alcoolique à l'ivresse morphinique. Ainsi entendu, l'alcool doit être proscrit absolument, et l'on doit à ce sujet se ranger de l'avis de M. Marandon de Montyel : « Il est extrêmement dangereux, dit cet auteur, de combattre la morphinomanie par une substitution alcoolique. La folie alcoolique chronique peut en être la conséquence [2] » et l'une des observations que l'on trouve dans le mémoire du médecin de l'asile de Dijon, vient parfaitement à l'appui de cette assertion; il s'agit d'un jeune docteur morphinomane, trois fois guéri et trois fois retombé dans ses funestes habitudes, et qui, enfin, las de lutter, avait cherché des consolations et un espoir dans le traitement par l'alcool, et qui est actuellement alcoolique chronique, après avoir présenté tous les symptômes de la folie alcoolique aiguë. L'alcoolisme ici a primé la morphino-

[1] LANDOWSKI, *Loc. cit.*
[2] *Loc. cit.*

manie. C'est aussi l'avis de M. le docteur Matisson : « Employer l'alcool, dit-il, c'est courir le risque d'exposer le morphinomane à un autre danger, et de substituer les accidents de l'alcoolisme à ceux du morphinisme. (Matisson)[1]. »

Nous ne pouvons qu'être absolument de cet avis, et toutes les tentatives faites dans ce sens auxquelles nous avons assisté n'ont pu qu'affermir notre opinion : Dans le morphinisme, la méthode de *substitution* en général, et l'alcool en particulier ne donne que des résultats déplorables. C'est alors qu'on assiste aux spectacles auxquels nous avons maintes fois assisté, comme celui d'un morphinique que nous avons particulièrement connu : celui-ci soumis à ce traitement, en était arrivé au bout d'un mois de médication a absorber, en plus de son gramme de morphine, comme par le passé, 1 gramme de cocaine et un demi-litre de cognac, par jour.

On pourra donc employer l'alcool mais exclusivement comme tonique, comme stimulant. Nous croyons que pousser ses morphinomanes à l'alcoolique, c'est le pousser dans un cercle vicieux. Ce n'est pas la plupart du temps *substituer* une ivresse à une autre comme on le prétend[2] : dans ce cas il y aurait évidemment un avantage marqué, car quelque tenace que soit l'alcoolisme il est plus curable et moins dangereux. C'est *ajouter* une ivrognerie à une autre.

On a vu en effet que morphinisme et alcoolisme, loin de se faire la guerre, s'entendent très bien ensemble et sont souvent réunis sur le même individu au grand désavantage du malade. Ces deux intoxications qui sont souvent uuies en effet (nous aurons encore occasion de revenir sur ce fait à l'article *coexistence d'un état mental surajouté*), résultent d'un même fond de dégénérescence et sont souvent greffées sur le même terrain.

[1] Mattison, *Opiumvergistung*. (Philadelphie, *Med.*, *and Reporter*, juillet 1874).

[2] Zambaco, *Loc. cit.*

On comprend donc, étant donnée cette affinité étroite des deux intoxications, affinité prouvée surabondamment par les faits cliniques, par nos observations, qu'il soit dangereux de chercher à les unir pour les séparer ensuite.

Zambacco cite un cas de morphinisme où cette substitution eut lieu au grand avantage d'un morphinomane traité par lui. A côté de ce cas nous pourrions citer des observations où l'intoxication alcoolique a ajouté ses effets pernicieux à l'intoxication morphinique, pour précipiter le terme final.

Emploi de la cocaïne. — En résumé à quels stimulants des centres nerveux aura-t-on alors recours pour remplacer dans une certaine mesure, la morphine ? *A aucun.* On tonifiera le malade et on emploiera au contraire les calmants ayant plutôt en vue la sédation nerveuse. Plusieurs médecins, entre autres Matisson (*loc. cit.*), recommandent le bromure à doses quotidiennes progressivement décroissantes, et en rapport avec les quantités de morphine supprimées. On ne pouvait manquer d'essayer en pareil cas le chlorhydrate de cocaïne : et ce moyen a-t-il été très préconisé en Allemagne et même en France dans ces derniers temps.

On peut même dire que grâce à l'engouement avec lequel on adopte toutes les médications nouvelles, la cocaïne a été donnée comme un agent capable de guérir le morphinomane de sa funeste passion, et on l'a donnée à cet effet en injection sous-cutanée et par la voie stomacale.

En Allemagne Schmidt[1] l'employa en injection sous-cutanée à la dose énorme de 15 et 20 centigrammes. Jæckel cite même quatre faits qui seraient concluants[2]. Obersteiner l'employa à l'intérieur[3]. Il importe à ce sujet de rétablir une question de priorité. C'est H. W. Bentley qui le premier, dès

[1] Schmidt, *Zur Kenntnitz der morphinismuspsychosen.* — *Arch. fur psychiatrie.* Berlin, 1886, 157-273.

[2] Jœckel, *Deutsche medicine Lectung*, nov. 1885.

[3] Obersteiner, *Der chronische morphinismus.* — *Wiener Klinick.*

1878, a préconisé la cocaïne dans le traitement de la morphinomanie.

Waugh employa la coca simplement[1].

En Angleterre et en Amérique cette substitution dans la morphinomanie ayant pour but d'éloigner les troubles d'abstinence est employée sur une vaste échelle. On y associe d'abord l'action des deux médicaments, puis des doses progressives de cocaïne, en rapport avec les doses décroissantes de morphine : voilà la base du traitement. Edward Mann[2], Read[3] sont partisans de cette méthode et publient des observations à l'appui.

En France, cette méthode a été aussi pratiquée. Grasset à Montpellier aurait guéri un cas de morphinisme avec la cocaïne[4]. Mais elle n'a pas été aussi prodiguée qu'à l'étranger. Chez une de nos malades, la cocaïne donnée pendant très peu de temps, il est vrai, n'a donné aucun résultat et n'a nullement paru aider la démorphinisation graduelle :

Cocaïnomanie. — Quoiqu'il en soit, loin d'avoir donné un remède à la morphinomanie, on a au contraire ajouté à une intoxication une autre intoxication peut-être plus grave que le mal que l'on voulait combattre. On me pardonnera d'entrer à ce sujet dans quelques brèves considérations.

Le cri d'alarme nous est venu d'Allemagne où la cocaïne

[1] Waugh, a confirmé case of opium... upon the value of coca in the opium habit. *Philad. Méd. Times*. 1885, 86-455-458.

[2] Edward Mann. *On the use of cocaïne in the opium*. Saint-Louis, 1886, p. 7.

— *Du même. On the servom and mental deterioration produced on the opium habit in the richer classes, Med. bullet.* Philadelph. 1886, 11-13.

[3] Read, *Morphinismus and alcoolism treated with cocaine.* Gaillard's. N. J. N. Y., 1886, 369.

[4] Grasset. *Traitement de la morphine, Semaine médicale,* 1885, p. 75.

est encore employée sur une vaste échelle dans le traitement du morphinisme. Erlenmeyer est le premier qui ait décrit les troubles produits par les injections de cocaïne [1]. Il semble d'après la description des auteurs allemands qu'on assiste à un mal naissant, très analogue au morphinisme, au chloralisme et à l'éthéromanie, et qui menace même d'être plus grave que la morphinomanie. C'est d'après Erlenmeyer la passion la plus dangereuse et la plus funeste qu'on n'ait pas connue depuis longtemps [2].

Le traitement par la cocaïne fait en effet bientôt place à la *cocaïnomanie*. « C'est, dit cet auteur, un fléau digne de figurer à côté de l'alcoolisme et de la morphinomanie. Comme eux, elle est nuisible au plus haut degré au corps et à l'esprit. » Il fait en effet remarquer qu'il faut d'autant plus mal augurer de cette nouvelle passion qu'elle a mis moins d'un an à se répandre, tandis que la morphinomanie a mis dix ans. Voici la marche de cette maladie :

Un morphinomane est traité par la cocaïne, il cesse les injections morphinisées, mais il a pris l'habitude des injections de cocaïne, il ne peut plus s'en passer. Non seulement elles produisent les effets euphoriques des premières, mais ces besoins de l'organisme qui en redemandent de nouveau sont peut-être plus tenaces ici encore. Le sujet voudrait bien se débarrasser de la cocaïne, mais il ne le peut pas. Elles sont devenues nécessaires et comme un aliment quotidien. Il ne peut même les ajourner qu'au prix des plus vives souffrances. L'organisme les réclame avec plus d'instance encore que les premières.

Un des premiers effets de cette appétence irrésistible sont des troubles cérébraux et physiques bien décrits par Erlen-

[1] *Uber Cocainsucht Vorlaüsig. Mitteilung von Erlenmeyer.* — (Centralblatt fur nervenheilkunde psychiatrie, 1886).

[2] Nous empruntons tous ces détails à des notes manuscrites, non encore publiées, que le docteur Erlenmeyer de Bendof a bien voulu mettre à notre disposition (1887).

meyer et qui consistent surtout dans un amaigrissement et dans une déchéance intellectuelle.

Ce sont du reste à peu près les mêmes troubles avec l'intensité en plus, que dans la morphinomanie.

Ce qui fait les dangers de la cocaïnomanie et en fait peut-être une maladie plus grave que celle que nous étudions, c'est qu'elle n'existe pas seule. En effet voici comment les choses se passent généralement.

Pour parer aux funestes effets de la cocaïne, le cocaïnomane revient à la morphine, ce qui ne l'empêche pas de continuer malgré lui la cocaïne : il est *morphino-cocaïnomane*. Il pourra abandonner la morphine, mais il reviendra toujours à la cocaïne.

Le médecin de Bendorf cite à l'appui plusieurs observations intéressantes de morphino-cocaïnomanie ; dans l'une, le malade, docteur en médecine, spécialiste lui-même pour le traitement des morphiniques et des cocaïnomanes, absorbait journellement 2 gr. 50 de cocaïne. Un autre docteur en médecine également devenu maniaque par l'abus de la cocaïne dans les mêmes conditions, fut sequestré dans un asile d'aliénés.

En fait, ce qui fait la gravité particulière du cocaïnisme, c'est que la guérison est pour ainsi dire impossible : un morphinomane qui est parvenu à se guérir de ses injections, pourra ne plus y retourner ; un cocaïnomane y retournera sûrement. Erlenmeyer cite à ce propos trois observations convaincantes.

On assiste donc probablement encore en ce moment à l'explosion d'une passion nouvelle qui s'annonce sous de tristes apparences. Je ne sache pas que cette maladie a déjà fait son apparition en France et qu'on en a déjà publié des observations. Mais la cocaïnomanie a fait déjà de nombreuses victimes en Allemagne, et j'ai pensé qu'il était intéressant de dire ici quelques mots d'une affection si étroitement liée au traitement de la morphinomanie et qui peut nous envahir d'un moment à l'autre.

Nous complèterons du reste ce qui a trait à cette question intéressante du cocainisme lorsque nous parlerons des *coexistences du morphinisme*.

Après cette courte digression, je reviens maintenant au traitement.

On le voit pour ce qui regarde l'emploi de la cocaïne pour atténuer la transition dans la diminution de la morphine, *il faut absolument proscrire ce mode de traitement*, sous peine de voir une intoxication plus terrible et plus rebelle se joindre à la première. — Nous mettons le *haschich* sur le même rang que la cocaine et pour les mêmes raisons.

Quels agents de transition emploiera-t-on alors en pareil cas?

Chloral et Bromure. — On pourra avec Constantin Paul [1], Dejardin, Beaumetz [2], Zambacco employer le *chloral*, mais avec beaucoup de précaution.

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie sous toutes les formes est et restera toujours un bon adjuvant pour le traitement.

Bromure de camphre. — Leppmann a préconisé dans cet ordre d'idées le *bromure de camphre* [4].

Acide phosphorique. — Flemming [5] l'*acide phosphorique*.

Iodure de potassium. — Weinlechner [6] l'*Iodure de potassium*.

[1] *Loc. cit.*
[2] Beaumetz, *Clinique thérapeutique.*
[3] Grasset, *Semaine médicale*, 85.
[4] *Loc. cit.*
[5] Flenning, *Loc. cit.*
[6] Wenleichner, 1874, *Loc. cit.*

Noix vomique. — Gould (*Philadel. méd. and. surg.* Reporter, p. 174, 1878) vante beaucoup la *noix vomique.*

Transfusion du sang. — Bernhuber conseille même en pareil cas la *transfusion* (*Loc. cit.*).

Suggestion et hypnotisme. — Enfin, pour être complet, nous devons mentionner le *traitement moral* dont les bases ont été formulées par Zambacco (*Loc. cit.*) : nous ne devons pas enfin oublier l'hypnotisme préconisé par Grasset [1] qui déclare qu'on a dans la *suggestion* un puissant moyen d'action sur le malade : « On peut donner, dit-il, au morphinomane l'ordre de ne plus souffrir, de ne plus se faire des injections hypodermiques de n'en avoir même plus besoin. » — Mais il ne faut pas oublier ici que le morphinisme est non une névrose, mais une affection, comme nous l'avons montré d'essence aussi bien physique que mentale, et dont la base fondamentale est en réalité constituée par un *état de besoin psycho-somatique.* — Autant donc voudrait-on *suggérer* à un *affamé* qu'il n'a ni faim ni soif!

Un auteur américain anonyme [1] conseille de donner au malade de l'opium sans le lui dire, et tout en lui interdisant *officiellement* l'usage de ce médicament. Ce procédé est pratiquement impossible.

La *Codéïne* également en injection sous-cutanée a été préconisée, toujours dans le but de substitution; or, nous avons dit ce que nous pensions de cette méthode.

M. Magnan de Sainte-Anne, qui emploie d'ailleurs la suppression brusque, recommande comme agents de substitution, le bordeaux, le café et surtout le *jus de viande.*

d. Médication physiologique.

Dans cet ordre d'idées, nous préférerions employer la *médication physiologique* de Jennings. Cette médication

[1] Philad., *Med, and. surg.*, XXXV, 5, p. 88, 1876.

est basée, nous l'avons vu, au chapitre des symptômes, sur l'action physiologique du *sulfate de spartéine* et de la *nitro-glycérine*. Nous avons vu, en effet, qu'il résulte des recherches de cet expérimentateur [2] et des expériences sphygmographiques, que ces deux agents thérapeutiques remplacent absolument l'action circulatoire de l'euphorie morphinique et combattent ainsi l'état de besoin en faisant disparaître le *plateau* sphygmographique [1].

e. Séquestration.

Mais avant tout, quel que soit l'agent employé, *il importe surtout de mettre le malade dans l'impossibilité de se morphiniser :* on y arrivera par la *séquestration* que nous allons maintenant étudier.

On comprend du reste que tous les agents employés pour faciliter la diminution progressive et la laisser endurer par le malade ne sont qu'accessoires.

M. le professeur Ball se contente en pareil cas d'employer les lavements bromurés qu'il faut alterner avec les lavements au chloral. — Mais tous ces agents : toniques calmants, tous ces modes d'atténuation, seront absolument illusoires si le malade reste en liberté. Il faut donc avant tout le mettre dans des conditions telles qu'il ne pourra plus avoir recours à la morphine par lui-même.

De l'internement des morphinomanes dans un asile d'aliénés. — Ceci nous amène à parler de la question certainement la plus importante dans le traitement de la morphinomanie, nous voulons parler de la *séquestration*, car avec Zambacco (p. 665) et tous les auteurs nous dirons que la seule chance de salut réside dans la séquestration.

[1] *Loc. cit.*
[2] Voir plus haut.

Un morphinomane véritable, quelle que soit son énergie, sa bonne volonté, ne pourra jamais guérir chez lui, et succombera toujours dans la lutte; il suffit de lire pour se rendre compte de cette vérité, l'histoire détaillée de ce malheureux médecin rapportée par Zambacco [1] et qui finit par mourir, après avoir lutté inutilement pendant deux ans. Il faut absolument commencer par enlever le morphinomane à son entourage, à sa famille qu'il trompera, ou qui finira toujours par céder à ses prières.

En effet, une surveillance de tous les instants et une discipline sévère s'imposent si l'on veut éviter que le morphinomane se fasse en cachette des injections de morphine.

On ne peut en effet s'imaginer tout ce que le cerveau d'un morphinomane peut inventer pour tromper le médecin, et il suffirait de passer toutes les observations en revue pour en avoir des exemples; on a vu par quelles supercheries notre malade A... était parvenue à se procurer de la morphine : boîtes à confitures, à confiserie, bobines de soie, auxquelles on avait enlevé les deux cachets pour y introduire de la morphine, boîte à poudre de riz, dans laquelle l'alcaloïde tenait lieu de poudre de toilette. Et tout cela était remis à notre morphinomane par la surveillante de service, dupe elle-même de cette ruse. Cette tendance à la tromperie fait du reste partie jusqu'à un certain point de l'état mental des morphinomanes. On n'a qu'à feuilleter Levistein, Erlenmeyer et Zambacco, pour voir jusqu'à quel point peut aller leur ruse : ces faits sont cités partout; qu'il me suffise de rappeler que certains malades de Levistein cachaient la morphine dans leurs souliers, dans la doublure de leurs vêtements, etc..., ceux d'Erlenmeyer, dans des billets de banque, dans des épingles à cheveux fabriquées *ad hoc*. Nous avons eu à plusieurs reprises nous-même dans nos ob-

[1] Zambacco, *Encéphale*. 1882, nos 3 et 4.

servations, occasion de noter de pareils faits. On pourrait sur ce point écrire des chapitres entiers fort curieux. Nous y reviendrons encore dans la seconde partie de notre mémoire. Ici, il nous suffira de dire que chez le morphinomane. la tendance à la ruse, leur habileté à tromper est telle qu'il faut pour la déjouer la plus étroite surveillance, la plus grande discipline; discipline, surveillance qu'on ne trouvera jamais chez des malades traités à domicile [1].

Cette nécessité a été depuis longtemps comprise à l'étranger, où il existe pour la morphinomanie des établissements spéciaux. C'est ainsi qu'en Angleterre et en Amérique il existe des maisons pour soigner les « the morphinès accustamed. »

En Allemagne également, il existe des établissements spéciaux, des « Heilanstaltflür morphiumsüchtige » dont les plus célèbres sont ceux de Levistein et de Erlenmeyer à Bendorf, près Coblentz.

Les morphinomanes sont dans ces établissements spéciaux comme des malades emprisonnés sans aucune arrière-pensée, sans la crainte, en sortant, qu'on ne vienne à dire qu'ils étaient aliénés.

Mais en France, où cependant ce vice tend à se répandre de plus en plus, il n'existe rien dans ce genre. — Quelle couduite devra donc tenir le médecin en face d'un morphinomane ?

Avantde répondre à cette question nous tenons, pour l'intelligence de ce qui va suivre, à bien établir deux catégories de morphinomanes : les morphinomanes de la classe riche, et les morphinomanes qui occupent une situation peu aisée.

1°. — Pour la première catégorie, il n'y a pas à hésiter, puisqu'il n'y a pas chez nous de maison spéciale, il faut combattre les raisonnements de la famille, les arrière-pensées

[1] Leppenfeld (*Inaug. dissert.*, Wurtzhurg, 1879) cite le cas d'un morphinomane qui mendiait sur son chemin de la morphine.

du malade lui-même, et le faire admettre immédiatement dans une maison de santé. Essayer de le soigner chez lui est une tentative absolument inutile. On a pu avec des natures exceptionnellement trempées arriver à un résultat, mais le fait est tellement rare, que M. Marandon de Montyel a pu dire, en parlant d'une cure à domicile, avec beaucoup de raison, que « cette cure volontaire et graduelle était unique peut-être dans les annales de la Science (*Loc. cit.* p. 51) ». On devra donc prévenir la famille de l'impossibilité du traitement autrement que dans une maison de santé; là seulement on pourra exercer sur le morphinomane une surveillance de tous les instants; là seulement la discipline sera assez sévère pour qu'il n'ait à compter ni sur la possibilité de se procurer du poison, ni sur la corruption du personnel.

Donc en pareil cas, notre conclusion formelle est que la maison de santé seule, puisqu'il n'existe pas de maison spéciale en France, peut remplir ces conditions. Les maisons dites de retraite, d'hydrothérapie ou autres du même genre, sont absolument insuffisantes : l'observation ne l'a que trop prouvé ;

2°. — Voilà pour les morphinomanes de la classe aisée. Mais on ne le sait que trop, la morphinomanie fait aussi de nombreuses victimes dans la classe peu aisée, dans la classe ouvrière. Comment se conduira le médecin en pareil cas. Quel mode de séquestration faudra-t-il employer?

Disons-le de suite, la question est délicate, mais néanmoins nous n'hésitons pas, quoiqu'on ait dit, à affirmer notre avis, parce que nous croyons que c'est la seule chance de guérison pour le malade.

Tout d'abord, procédant par exclusion, nous dirons que les milieux hospitaliers sont insuffisants, l'on a pu facilement s'en rendre compte en lisant plus haut l'observation de notre malade A... Les solutions de morphine sont insuffisamment cachées dans la salle de l'hôpital; le personnel est quelquefois susceptible d'être gagné, l'isolement est impossible, et

tous les malades peuvent communiquer entre eux et recevoir des visites. Pour ces raisons et d'autres que nous énumérerons dans notre dernier chapitre (*Déontologie médicale et professionnelle*) les morphinomanes ne peuvent être soignés à l'hôpital. Le règlement y est insuffisant quand il s'agit de surveiller des morphinomanes, c'est-à-dire, des individus dont l'unique pensée est de satisfaire *quand même* leur passion. Pour y arriver, ils emploient toutes les ruses imaginables, et il ne faut pas oublier que sous ce rapport ils laissent bien loin derrière eux les hystériques.

Nous éliminons donc les hôpitaux comme nous avons éliminé le traitement chez soi, le traitement dans une maison de santé, puisque leur position de fortune ne leur permet pas, et qu'il n'existe pas de maison spéciale en France. J'affirme hautement, malgré tout ce qu'une pareille assertion puisse renfermer d'arbitraire, que le seul mode de traitement possible chez eux c'est la *séquestration dans un asile d'aliénés*. Je me base, pour être aussi affirmatif sur ce principe de droit commun *qu'on ne doit pas laisser un individu se suicider en le laissant livré à lui-même*. Ce principe énoncé par Zambaco [1] et combattu par Grasset [2] nous paraît à l'abri de tous les raisonnements.

Cette idée, complètement abandonnée en Allemagne actuellement, nous a attiré de la part d'un homme compétent en la matière. M. Erlenmayer, des arguments sérieux. Ces arguments, disons-le, n'ont pas toute la portée qu'ils auraient, si les opinions que nous avions émises [3] avaient été émises en Allemagne.

D'abord, M. Erlenmeyer dit, et c'est l'argument qu'on peut invoquer contre cette idée des asiles d'aliénés, considérés comme moyens de traitement, qu'il y a là une séquestration illégale et arbitraire.

[1] Zambaco. *Loc. cit.*, p. 65

[2] Grasset. *Loc. cit.*, p. 76.

[3] G. Pichon, *Encéphale*, *Loc. cit.*, p. 30.

Cela peut être vrai en Allemagne où les règlements concernant les asiles d'aliénés ne sont pas les mêmes qu'en France; mais chez nous où il existe des placements volontaires en dehors des placements d'office, il n'y a dans cette séquestration d'un morphinomane rien qui puisse léser la liberté des familles, rien même qui puisse léser la liberté individuelle.

Il arrive souvent que dans nos asiles, certains mélancoliques conscients viennent demander leur internement de leur propre gré, pour qu'on les protège contre eux-mêmes; certains dipsomanes, certains alcooliques même, etc..., n'agissent pas autrement!

Peut-on dire qu'il y ait là atteinte à la liberté individuelle? assurément non. Eh bien, les morphinomanes qui viennent vous demander asile et protection contre eux-mêmes, rentrent dans cette catégorie, cela est évident. A..., notre malade dont nous avons parlé, avait du reste suivi cette voie.

Si le malade s'y oppose, il faut d'abord essayer de le convaincre par le raisonnement et puis toujours par la voie du placement dit volontaire, sans qu'il y ait illégalité, on doit le faire interner par l'intermédiaire de la famille, toujours en vertu du principe énoncé plus haut, à savoir qu'on peut toujours et qu'on doit même empêcher un individu de se tuer, même si cet individu n'est pas fou. La voie du placement volontaire laisse toujours le morphinomane à la discrétion entière des siens. Je ne parle pas bien entendu des cas où le morphinomane est devenu réellement aliéné, auquel cas l'internement est admis sans discussion.

On nous dit en second lieu qu'il faut les placer dans des maisons spéciales comme il en existe en Angleterre. Outre que ces maisons n'existent pas en France, il est bien probable que si même elles existaient, ce que nous souhaiterions du reste de tout notre cœur, les malades dont il est question ici, c'est-à-dire, ceux de la classe moyenne ne pourraient pas y entrer, vu le prix de ces établissements.

Les morphinomanes de la classe aisée, ceux pour qui nous

conseillons en France la maison de santé pourraient seuls y entrer, avec grand avantage du reste[1]. Nous ferions les mêmes observations à propos des maisons d'hydrothérapie en France, que M. Ballet (*Société méd. psych.*) propose pour le morphinisme : d'abord le traitement y coûte fort cher, et enfin nous connaissons des malades qui y ont, avec toutes les facultés possibles, trompé le médecin.

Pour toutes ces raisons nous croyons en toute sincérité que la séquestration dans un asile d'aliénés pour le morphinomane de la classe moyenne, est le seul moyen pratique dans les conditions actuelles de donner de bons résultats, et nous ajoutons que ce moyen n'est ni illégal ni arbitraire.

Reste maintenant à connaître, toujours au point de vue de la liberté individuelle, la conduite à suivre quand un malade, ainsi en traitement, soit dans une maison de santé, soit dans un asile d'aliénés, après avoir commencé le traitement de plein gré, veut retourner à la morphine, malgré le médecin.

Ici nous sommes absolument d'accord avec M. Erlenmeyer. On doit évidemment en pareil cas assimiler le morphinomane à un malade ordinaire : « Le typhique par exemple en plein délire réclame sa sortie, le médecin se rendra-t-il coupable de séquestration illégale en le maintenant à l'hôpital contre son gré? » Évidemment non. Il en est de même de l'opéré qui au commencement d'une opération, sous l'influence du chloroforme, veut qu'on abandonne tout. Le médecin ne l'écoutera pas.

Eh! bien, en pareil cas, le morphinique qui a commencé son sevrage est dans le même cas que ce typhique, que cet opéré.

Donc nous l'affirmons de nouveau : il faut chez les morphi-

[1] Monsieur Erlenmeyer souhaite avec beaucoup de raison voir s'établir dans les environs de Paris des *maisons spéciales* qui recevraient une quantité de morphinomanes que le nom de *maisons de santé* et d'*asiles* effrayent à juste titre.

nomanes de la classe moyenne avoir recours à un internement dans un asile d'aliénés[1]. Il n'y a dans cette mesure, qui est la seule à prendre, rien d'illégal, rien d'arbitraire. La vie du malade, qui doit être placée au-dessus de tous les préjugés l'exige. Là seulement, on pourra avoir une surveillance rigoureuse et une discipline suffisante pour arriver à mener à bien un traitement qui partout ailleurs sera illusoire.

Reste la conduite à tenir pour l'aliéniste qui recevra un pareil malade. Nous avons vu par l'exemple d'A..., que malgré toute la surveillance dont il peut disposer, il peut être trompé ; et le fait a dû se passer pour d'autres morphinomanes que pour la nôtre, morphinomanes que l'on a pu croire guéris et qui se procuraient avec leur ruse habituelle leur poison de chaque jour. L'aliéniste lui-même devra donc déployer la plus grande surveillance. Il isolera le malade des autres pensionnaires, interdira les visites, le fera placer dans une chambre spéciale, *voire même dans une cellule*, où le reclus sera gardé à vue pendant tout le traitement, et où ne pourront entrer que des personnes sûres, désignées par le médecin.

Je répéterai enfin ce que je disais au commencement ; il faut que le médecin s'arme de patience, car il aura à lutter contre des prières, contre des récriminations de toutes sortes, et il aura à déjouer toutes les tromperies que peut enfanter le cerveau d'un morphinomane. De sa bonne volonté, de sa patience et de son énergie, dépendra le salut de son malade.

[1] Nous répondons par cette affirmation à tous les médecins qui demandent la voie à suivre en pareil cas (Voir aussi *Semaine médicale*, du 18 décembre 1882. De la responsabilité médicale dans un cas de morphinomanie rebelle. Peut-on faire admettre un morphinomane dans un asile d'aliénés ? Quels sont les devoirs du médecin ? Lettre d'une anonyme à la *Semaine médicale*).

f. Modus faciendi de la suppression

Le malade, une fois bien placé sous la domination du médecin, mais alors seulement, on procédera à la suppression progressive de la morphine.

Nous avons exposé plus haut avec de longs développements les trois modes de suppression employés : démorphinisation *brusque*, démorphinisation *demi-brusque* (Erlenmeyer), démorphinisation *progressive.*

Nous ne reviendrons pas sur les considérations qui nous ont fait éliminer la *méthode brusque* sauf de très rares indications que nous avons formulées, et adopter le *sevrage progressif.*

Nous nous contenterons de résumer ici les arguments que nous avons invoqués en rappelant cette déclaration faite par nous il y a longtemps déjà (1886) : L'observation clinique attentive démontre péremptoirement que le sevrage brusque a produit souvent des accidents graves et même la mort, tandis que la démorphinisation lente ne s'accompagne que d'accidents bénins ; comme d'autres parts ces deux méthodes arrivent au même résultat, la guérison, le praticien, soucieux de la vie de ses malades, ne peut hésiter un seul instant, et se rangera du côté de la *diminution progressive.*

Reste à voir maintenant, comment on procédera à la suppression progressive. Nous devons dire tout d'abord que le principe admis est *tout*, et que les détails peuvent varier, sans que les résultats soient différents.

Cependant comme nous nous sommes admirablement trouvé de notre manière de faire, et que sans parler des résultats obtenus dans notre clientèle privée, nous avons vu notre *modus faciendi* uniformément réussir dans le service hospitalier de Sainte-Anne (Clinique de la Faculté), nous l'exposerons ici brièvement. En effet, pour ne prendre qu'une

phase et qu'un *milieu* qui puissent donner une idée exacte de son efficacité, nous dirons qu'en trois ans, dans le service de M. le Professeur Ball où nous étions chef de clinique, sur quatorze malades traités par le procédé en question, treize sont sortis absolument guéris, nous ne dirons pas quatorze parce que l'une de nos malades morte dix-sept jours *après le traitement*, ne peut rentrer dans notre statistique. — Voici donc la méthode que nous avons définitivement adoptée :

Tout d'abord, dès l'entrée du malade, profiter de ses bonnes résolutions qui vont bientôt faire place au découragement, en frappant un grand coup, et en supprimant *dès le premier jour*, plusieurs centigrammes, quelquefois la moitié de la dose absorbée quotidiennement : on est guidé alors par l'indication des cas individuels (tempérament, énergie). Mais je supprime *au moins un tiers* de la dose journalière. — C'est une règle à laquelle je ne manque jamais, et qui m'est d'autant plus facile à appliquer que tous les morphinomanes sans exception, avant de se décider à se faire séquestrer, ont grand soin, en prévision de la suppression tant redoutée, de s'administrer ce que M. Jennings appelle fort exactement la *dose de luxe*, qui dépasse toujours de plusieurs centigrammes la dose habituelle. Je n'y manque jamais aussi, parce qu'elle ne m'a jamais donné lieu de me repentir, tant il est vrai qu'il est bien plus légitime de frapper un grand coup au début qu'à la fin du traitement, ce qui quelquefois peut entraîner des accidents.

Cela fait *je supprime un centigramme tous les jours* dans l'ordre suivant :

— 1° Je supprime un centigramme d'abord à la série d'injections de la *journée* (2 h. 1/2);

— 2° Puis, à la série d'injection du *matin* (8 heures) ;

— 3° En troisième lieu, à la série du *soir* (8 heures); de façon à arriver après un traitement plus ou moins long

suivant les cas à ne plus injecter au patient que trois centigrammes dans un jour, centigramme que l'on supprime toujours dans le même ordre :

D'abord le centigramme de la journée ;

puis le centigramme du matin ;

et enfin le dernier centigramme, le soir.

Nous avons pris cette progression, guidé par l'observation d'un certain nombre de malades, qui tous avaient beaucoup plus de peine à se passer de morphine le soir que le matin et plus difficilement le matin que l'après-midi. Pour la plupart, en effet, l'injection vespérale est la plus nécessaire, et c'est par celle-là qu'il faut terminer. Pour la plupart aussi, l'après-midi est le moment de la journée où on se passe le moins péniblement du stimulant. — Cependant ajoutons qu'il y a en cela quelques rares exceptions, et que, pour quelques rares morphinomanes, l'instant de la journée où l'organisme réclame le plus impérieusement son aliment factice, *c'est avant le repas.* — Pour Zambacco, cette catégorie représente même la majorité des malades ; mais pour nous elle n'est qu'une très petite minorité. Il reste bien entendu qu'en pareille occurence, on modifierait la progression décroissante des injections, d'après les besoins et les indications de chaque cas particulier.

Du reste nous ne pouvons mieux faire pour résumer cette méthode de suppression progressive que de donner quelques cas types de guérisons obtenues par la *démorphinisation lente.* Nous donnons ci-après trois tableaux comparatifs ainsi compris : deux sont tout à fait normaux, ne présentent aucun incident ; et le troisième représente un cas de suppression progressive remarquable par les accidents, qui peuvent compliquer l'intervention médicale et qui doivent toujours solliciter l'attention du médecin traitant.

TRAITEMENT PAR LA DÉMORPHINISATION LENTE

Piqûres de morphine faites au malade H...
pendant son traitement à la Clinique de l'Asile Ste-Anne

(*Traitement par la suppression progressive*)

1er Tableau.

DATES	7 heures du matin		2 heures du soir		8 heures dn soir	
Avril						
3	0.08	centig.	0.08	centig.	0.14	centig.
4	0.08	—	0.08	—	0.12	—
5	0.08	—	0.08	—	0.11	—
6	0.08	—	0.07	—	0.11	—
7	0.08	—	0.06	—	0.11	—
8	0.07	—	0.06	—	0.11	—
9	0.06	—	0.06	—	0.11	—
10	0.06	—	0.06	—	0.10	—
11	0.05	—	0.06	—	0.10	—
12	0.05	—	0.05	—	0.09	—
13	0.05	—	0.05	—	0.07	—
14	0.05	—	0.05	—	0.05	—
15	0.05	—	0.04	—	0.04	—
16	0.04	—	0.04	—	0.04	—
17	0.04	—	0.04	—	0.03	—
18	0.04	—	0.03	—	0.03	—
19	0.04	—	0.02	—	0.03	—
20	0.03	—	0.02	—	0.03	—
21	0.02	—	0.02	—	0.03	—
22	0.02	—	0.02	—	0.02	—
23	0.02	—	0.01	—	0.02	—
24	0.02	—	0.01	—	0.01	millig.
25	0.015	millig.	»	»	0.01	—
26	0.01	—	»	»	0.015	—
27	0.015	—	»	»	0.02	—
28	0.015	—	»	»	0.015	—
29	0.015	—	»	»	0.015	—
30	0.01	—	»	»	0.01	—

Sorti guéri 20 jours après

2e Tableau (Malade *B*)

DATES	MATIN	MIDI	SOIR
Mars			
12	0.10	0.10	0.10
13	0.10	0.08	0.10
14	0.08	0.08	0.10
15	0.08	0.08	0.08
16	0.08	0.06	0.08
17	0.07	0.06	0.07
18	0.06	0.06	0.07
19	0.06	0.06	0.06
20	0.06	0.05	0.06
21	0.05	0.05	0.06
22	0.05	0.05	0.05
23	0.05	0.04	0.05
24	0.04	0.04	0.05
25	0.04	0.04	0.04
26	0.04	0.03	0.04
27	0.03	0.03	0.04

Piqûres de morphine et spartéine

Dates	MATIN		MIDI		SOIR	
	morphine	spartéine	morphine	spartéine	morphine	spartéine
Mars						
28	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03
29	0.03	0.03	0.02	0.02	0.03	0.03
30	0.02	0.02	0.02	0.02	0.03	0.03
31	0.02	0.02	0 02	0 02	0.02	0.02
Avril						
1	0.02	0.02	0.01	0.02	0.02	0.02
2	0.015	0 02	0.01	0.02	0.015	0.02
3	0.01	0.02	0.01	0.02	0.01	0.02
4	0.005	0.02	0.005	0.02	0.01	0.02
5	0 005	0.02	0.005	0.02	0.01	0.02
6	0.005	0.02	0.005	0.02	0.01	0.02
7	0.005	0.02	0.005	0.02	0.01	0.02
8	0.005	0.02	0.005	0.02	0.01	0.02
9	0.005	0.02	» »	0.02	0.01	0.02
10	0.005	0.02	» »	0.02	0.005	0.02
11	0.005	0.02	» »	0.02	0.005	0.02
12	» »	0.04	» »	0.02	0.005	0.04
13	» »	0.04	» »	0.04	0.005	0.04
14	» »	0.06	» »	0.04	» »	0.06
15	» »	0.05	» »	0.04	» »	0.06
16	» »	0.06	» »	0.06	» »	0.06
17	» »	0.06	» »	0.04	» »	0.06
18	» »	0.04	» »	0.04	» »	0.04
19	» »	0.04	» »	0.03	» »	0.04
20	» »	0.03	» »	» »	» »	0.02
21	» »	0.02	» »	» »	» »	0.02
22	» »	0.01	» »	» »	» »	0.01

Sorti guéri 1 mois après

3e TABLEAU

DATES	7 H DU MATIN	2 H APRÈS MIDI	8 H DU SOIR	TOTAUX
29 mai	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	30 centigr.
30 mai		9 centigr. ou 2 ser. 1/4		29 —
31 mai	8 centigr. ou 2 sering.	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	28 —
1er juin	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	7 centigr. ou 1 ser. 3/4	27 —
2 —	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	6 centigr. ou 1 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	26 —
3 —	5 centigr. ou 1 ser. 1/4	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	25 —
4 —	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	4 centigr. ou 1 ser.	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	24 —
5 —	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	3 centigr. ou 3/4 ser.	23 —
6 —	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	3 centigr. ou 3/4 ser.	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	23 —
7 —	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	3 centigr. ou 3/4 ser.	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	23 —
8 —	10 centigr. ou 2 ser 1/2	3 centigr. ou 3/4 ser.	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	23 —
9 —	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	2 centigr. ou 1/2 ser.	22 —
10 —	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	1 centigr. ou 1/4 ser.	21 —
11 —	9 centigr. ou 2 ser. 1/4	10 centigr. ou 2 ser. 1/2	1 centigr. ou 1/4 ser.	20 —
12 —	8 centigr. ou 2 ser.	9 centigr. ou 2 ser. 1/4	2 centigr. ou 1/2 ser.	19 —
13 —	8 centigr. ou 2 ser.	8 centigr. ou 2 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	18 —
14 —	7 centigr. ou 1 ser. 3/4	8 centigr ou 2 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	17 —
15 —	7 centigr. ou 1 ser. 3/4	7 centigr. ou 1 ser. 3/4	2 centigr. ou 1/2 ser.	16 —
16 —	7 centigr. ou 1 ser. 3/4	6 centigr. ou 1 ser. 1/2	2 centigr. ou 1/2 ser.	15 —
17 —	6 centigr. ou 1 ser. 1/2	6 centigr. ou 1 ser. 1/2	2 centigr. ou 1/2 ser.	14 —
18 —	6 centigr. ou 1 ser. 1/2	5 centigr. ou 1 ser. 1/4	2 centigr. ou 1/2 ser.	13 —
19 —	5 centigr. ou 1 ser. 1/4	5 centigr. ou 1 ser. 1/4	2 centigr. ou 1/2 ser.	12 —
20 —	5 centigr. ou 1 ser. 1/4	4 centigr ou 1 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	11 —
21 —	4 centigr. ou 1 ser.	4 centigr. ou 1 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	10 —
22 —	4 centigr. ou 1 ser.	4 centigr. ou 1 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	9 —
23 —	4 centigr. ou 1 ser.	3 centigr. ou 3/4 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	8 —
24 —	3 centigr. ou 3/4 ser.	3 centigr. ou 3/4 ser. (syncope).	1 centigr. ou 1/4 ser.	7 —

3e TABLEAU (*Suite*)

DATES	7 H DU MATIN	2 H APRÈS MIDI	8 H DU SOIR	TOTAUX
25 —	3 centigr. ou 3/4 ser.	3 centigr. ou 3/4 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	7 —
26 —	3 centigr. ou 3/4 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	6 —
27 —	2 centigr. ou 1/2 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	5 —
28 —	2 centigr. ou 1/2 ser.	15 centigr. ou 3 ser. 3/4 (syncope).	1 centigr. ou 1/4 ser.	18 —
29 —	3 centigr. ou 3/4 ser.	3 centigr. ou 3/4 ser.	3 centigr. ou 3/4 ser.	9 —
30 —	3 centigr. ou 3/4 ser.	3 centigr. ou 3/4 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	8 —
1er juillet	3 centigr. ou 3/4 ser.	3 centigr. ou 3/4 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	7 —
2 —	3 centigr. ou 3/4 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	6 —
3 —	2 centigr. ou 1/2 ser. (syncope).	2 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	5 —
4 —	8 centigr. ou 2 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	11 —
5 —	3 centigr. ou 3/4 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	6 —
6 —	2 centigr. ou 1/2 ser.	2 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	5 —
7 —	2 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser. (Tentative de pendaison à son lit).	1 centigr. ou 1/4 ser.	4 —
8 —	1 centigr. ou 1/4 ser.	1 centigr. ou 1/2 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	3 —
9 —	1 centigr. ou 1/4 ser.	2e Tentative de suicide (strangulation). 1 centigr. ou 1/4 ser.	1 centigr. ou 1/4 ser.	2 —
10 —				1 —

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES ET MÉDICO-LÉGALES

SUR

LA MORPHINOMANIE

NOTIONS PRÉLIMINAIRES

Depuis un très petit nombre d'années, la question de la morphinomanie est entrée dans une nouvelle voie. La justice a été appelée à plusieurs reprises à statuer sur le cas de morphinomanes s'étant rendus coupables d'actes délictueux. Ces cas n'ont pas été jusqu'à présent bien nombreux, mais étant donnée la grande extension que prend maintenant l'ivrognerie morphinique, sous toutes ses formes, et dans toutes les classes de la société, le médecin légiste peut être appelé, d'un moment à l'autre, à donner son avis touchant des actes délictueux commis par des morphinomanes. On nous pardonnera donc d'entrer à ce sujet dans quelques détails et de traiter cette question dans une partie spéciale de notre mémoire, avec quelques développements.

Sur cette question de la responsabilité légale des morphinomanes, peu de travaux ont encore paru, peu de rapports médico-légaux ont encore été publiés. Nous en avons signalé sept dans les recherches auxquelles nous nous étions livrés[1].

[1] G. Pichon, *Encéphale*, 1886, n° 3.

De nouvelles recherches faites depuis n'ont pas augmenté ce nombre. Mais fort heureusement, ces quelques rapports longuement circonstanciés contiennent en substance, on peut le dire, la règle de conduite à suivre pour le médecin légiste, dans la plupart des problèmes qu'il peut avoir à résoudre sur la question de la morphinomanie et que nous discuterons tout à l'heure.

Nous croyons inutile de publier même en résumé ces rapports. Ils compliqueraient le texte. Nous nous contenterons d'indiquer avec soin les sources bibliographiques où nous avons puisé. Dans le courant de la discussion, quand nous devrons, pour les besoins de notre thèse, nous appuyer sur quelques passages ou sur quelques conclusions de ces rapports, nous le ferons discrètement, n'observant que les points nécessaires à l'appui de notre sujet.

D'un autre côté, en dehors de ces questions qui intéressent directement la justice, la morphinomanie présente aussi des considérations qui, tout en ressortissant plus indirectement le droit criminel, intéressent cependant au plus haut point, non seulement le praticien, mais aussi le médecin légiste. Nous voulons parler des questions déontologiques et professionnelles qu'elle soulève. L'affaire retentissante de morphinisme légal pour laquelle M. Motet fut appelé à donner son avis, rentre dans cette catégorie de faits. Et il nous a paru juste de faire rentrer dans cette étude médico-légale, toutes ces questions de délivrance de médicaments, de soins médicaux mal compris ou intéressés, touchant de si près à la dignité médicale. Il nous a paru aussi intéressant, à ce propos, de dire un mot de la capacité civile des morphinomanes, de quelques questions relatives aux assurances sur la vie des morphiniques, à leur séquestration, toutes questions que nous traiterons dans un premier chapitre.

Nous avons donc pensé qu'il n'était pas inutile, vu le grand intérêt que cette question peut présenter d'un moment à l'autre, de faire aussi de la seconde partie de notre mémoire,

une étude médico-légale de la morphinomanie. Nous avons même regardé cette étude comme le complément indispensable de notre travail, et à ce point de vue, nous lui donnerons tous les développements nécessaires.

Nous avons pensé qu'il y avait là, non seulement une étude de clinique pratique, mais aussi une étude de clinique intéressante, à la suite de laquelle nous pourrions donner quelques conclusions.

Outre les rapports dont nous avons parlé plus haut, nous ne connaissions en effet en France qu'une étude médico-légale faite dans ce sens et publiée dans l'*Encéphale*, c'est celle de M. Marandon de Montyel[1], mais elle remonte déjà à 1883, et depuis cette époque, le morphinisme, qui a pris beaucoup d'extension, a mis en lumière bien des faits nouveaux, susceptibles de considérations médico-légales intéressantes, et d'autre part, l'auteur s'est surtout attaché à commenter l'affaire Fiquet sans faire une étude d'ensemble.

M. Garnier a également, à propos d'un vol à l'étalage, écrit un excellent article dans les annales médico-psychologiques (1886), sur l'état mental du morphinomane, mais il ne s'est également attaché qu'aux considérations que soulevait le cas soumis à son expertise, laissant à dessein dans l'ombre les questions qui lui étaient étrangères.

M. Gaudry[2] dans une thèse inaugurale sur le morphinisme, a aussi abordé en terminant, le côté médico-légal de la question. Mais, dans cette étude, où l'on peut trouver du reste les rapports parus en France sur cette question, il n'y a pas de tentatives de classification. Les rapports cependant si circonstanciés des experts, sont cités et commentés en bloc; sans que l'auteur ait fait ressortir ce qui, dans chaque rapport, ce qui dans tous les rapports même pris en masse, eût pu légitimer ses conclusions ; l'auteur a simplement voulu, du reste,

[1] *Encéphale, Loc. cit.*
[2] Gaudry, Thèse de Paris, 1886.

comme il le dit, poser quelques jalons pour l'étude médico-légale du morphinisme.

Or, à défaut d'études de médecine judiciaire sur cette question, de rapports spéciaux, ne peut-on pas, dans les observations si nombreuses de morphinomanie publiées jusqu'ici, trouver des détails de faits délictueux commis dans telle et telle circonstence, qui prête à des considérations médico-légales ? Ne peut-on de l'étude attentive de tous ces faits et des considérations qui en découlent, poser quelques jalons et tirer quelques conclusions ? Nous croyons que la chose est possible : « Car, ainsi que le fait remarquer avec beaucoup d'à propos, M. Marandon de Montyel, *la clinique de la morphinomanie, fondera seule la médecine légale de cette passion.* »

Puisant donc dans nos observations et d'autre part, commentant les rapports médico-légaux qui tous sont très récents, et pour la plupart de véritables modèles de netteté, nous allons établir d'abord les principales données à suivre.

Il importe, en effet, d'établir ici des divisions, afin de procéder par ordre.

On peut, tout d'abord, pour plus de clarté dans l'exposition, admettre la séparation si nette au point de vue clinique des deux états du morphinisme si différents dans les symptômes : l'*état* du morphinomane en pleine intoxication, le morphinisme proprement dit (Intoxication-symptômes des Allemands) et l'*état* produit par la suppression, par la privation du poison [1] (abstinenz-symptôme des Allemands). Cette distinction si importante à établir au point de vue symptômatologique et pronostic, est encore plus importante peut-être, à établir au point de vue médico-légal. On s'en rendra facilement compte, du reste, si on songe combien le tableau clinique est différent dans l'un et dans l'autre de ces deux états.

Dans l'un, en effet, ce qui domine la scène, c'est une lenteur

[1] Erlenmeyer, *die Morphiumsucht*, p. 17.

intellectuelle, c'est un affaiblissement des facultés intellectuelles, plutôt qu'un véritable délire; dans l'autre, au contraire, c'est un état d'exaltation maniaque, accompagné quelquefois de véritable délire avec hallucinations, etc.

On conçoit donc que cette division en deux catégories de faits soit légitime et que les conclusions en puissent être bien différentes. En effet, deux états si différents ne pourront donner lieu à des considérations médico-légales de même ordre et devront être étudiés à part.

C'est la marche que nous suivrons dans ces études sur la *responsabilité pénale des morphinomanes.*

CHAPITRE PREMIER

RESPONSABILITÉ MÉDICO-LÉGALE DANS LE COURS DU MORPHINISME (INTOXICATIONS-SYMPTÔMES DES ALLEMANDS), DE LA PÉRIODE D'ÉTAT.

Deux points s'imposent d'abord à l'étude, deux effets bien différents de l'intoxication morphinique :

1° L'effet immédiat et passager produit par la morphine ;

2° L'effet lointain et durable produit par l'intoxication chronique.

Nous chercherons aussi dans le premier article deux classes d'inculpés.

a. — *Les intoxiqués chroniques en état aigu*, en d'autres termes, les morphinomanes, en *puissance morphinique*, les morphiniques que des injections récentes ont mis en état d'ivresse morphinique. Et, point très important, nous laisserons de côté les effets lointains et durables produits par l'intoxication chronique, qui varient, eux, avec chaque individu.

b. — Les véritables intoxiqués aigus, c'est-à-dire ceux qui sans être en état d'accoutumance se sont *enivrés* par accident, pour une raison ou pour une autre. On comprend que cette classe n'ait pas encore donné sujet à des expertises médico-légales, parce que cet état a été rarement observé, mais nous avons vu qu'elle existe cliniquement Elle peut même d'un moment à l'autre exister légalement, et peut prêter dans tous les cas à quelques considérations médico-

légale pour lesquelles nous consacrerons quelques lignes seulement.

Dans le deuxième article ayant pour titre : *Des effets lointains et durables produits par l'intoxication chronique*, nous aurons naturellement pour but, l'étude de l'*état mental, à proprement parler, chez les morphinomanes,* c'est-à-dire le fond même du morphinisme; cet article sera sans contredit le plus important pour nous, car il forme, pour ainsi dire, la base de tous les rapports médico-légaux sur cette passion.

L'examen attentif du morphinisme comporte en effet d'abord et surtout :

a. — L'étude de l'état mental en lui-même, état mental bien spécial provoqué par l'abus de la morphine ; puis :

b. — L'étude des signes propres à éviter toute simulation;

c. — Puis la question de savoir s'il existe dans cet état mental bien particulier du reste, des impulsions capables d'expliquer certains crimes, certains vols à l'étalage ;

d. — Nous verrons enfin dans un quatrième paragraphe combien cet état mental peut être influencé par un élément absolument étranger à l'intoxication morphinique et que nous observions sous le nom d'état mental coexistant (délire alcoolique, hystérique, héréditaire et autres...)

Nous étudierons donc à faire, dans un deuxième article, ces quatre points qui sont du reste les quatre points qui se présentent le plus souvent à étudier dans les cas de morphinisme médico-légaux.

§ 1. — Les intoxications aiguës par la morphine au point de vue médico-légal

Il importe, si l'on veut avoir une notion juste de la responsabilité des morphinomanes, d'établir deux divisions qui

répondent absolument du reste à la réalité des faits cliniques et d'étudier l'*état de puissance* morphinique dans le cours de l'intoxication, et, en second lieu, l'intoxication franchement aiguë.

a. — Intoxiqués chroniques en état aigu (puissance morphinique, ivresse morphinique)

Nous devons d'abord préciser le sens que nous donnons ici à l'expression de puissance morphinique. Nous entendons par puissance morphinique, l'état dans lequel se trouve un morphinique qui est sous le coup d'une injection récente, état immédiat qui varie selon la dose et l'individu, mais qui oscille comme durée, de une à trois minutes, pas plus. Cet état comparable en plusieurs points à l'ivresse alcoolique, mérite du reste le nom d'ivresse morphinique que nous lui donnerons souvent dans le cours de notre discussion.

En somme, nous devons entendre par puissance morphinique, un état *aigu immédiat et passager*, et non un état de longue durée.

Nous nous éloignons ici de M. Marandon de Montyel qui désigne par puissance morphinique, une longue période s'étendant dans la vie d'un morphinomane, du moment où il a commencé sa première piqûre, au moment peu délimité d'intoxication plus avancée qu'il désigne sous le nom de période de marasme physico-psychique.

Nous préférons donner à l'expression puissance morphinique cette signification d'état euphoristique de courte durée, succédant à l'injection. Nous nous basons pour cela sur ce fait clinique, noté dans toutes nos observations :

1° Que même au début il y a chez le morphinomane, dans *l'intervalle des piqûres*, des périodes assez longues, pendant lesquelles il n'est pas du tout en puissance morphinique, en ivresse morphinique;

2° Sur cette autre raison que même chez les morphinomanes très avancés, il y a cet état qui mérite réellement le nom de *puissance morphinique* se manifestant très nettement après la piqûre et durant d'une à trois heures ; nous avons remarqué le fait chez des morphinomanes rendus à 1 et 2 grammes par jour.

La question qui se pose tout d'abord est celle-ci : peut-on, sous l'empire d'une injection plus ou moins forte de morphine, être poussé irrésistiblement à commettre un acte délictueux? En un mot, peut-on sous l'influence de l'ivresse morphinique être poussé en vertu d'une obsession invincible à se livrer au vol par exemple ? Il est évident qu'en pareil, cas, répondre par l'affirmative, c'est déclarer l'irresponsabilité.

Or, nous répondons de suite sans hésiter qu'un pareil état ne s'est jamais rencontré et ne peut se rencontrer, mais nous y reviendrons quand nous aborderons la question de savoir s'il existe ou non des *impulsions* dans le morphinisme aigu ou chronique, et nous verrons alors que quand elles existent elles ne sont pas imputables à l'intoxication incriminée. Cette étude sera mieux placée dans ce chapitre.

Mais sans parler d une impulsion irrésistible, le morphinomane peut-il, sous l'influence de la morphine, trouver une excitation cérébrale suffisamment forte pour excuser son délit, quel qu'il soit. La question posée, réduite à ce seul terme, est nette et précise, et la réponse à cette question médico-légale est facile à formuler. En d'autres termes, un individu doit-il trouver dans l'ivresse morphinique une excuse à son délit?

C'est, je suppose, un vol à l'étalage : une jeune femme, en état d'accoutumance, du reste, à l'étalage du magasin, vole un coupon de soie. Elle s'est faite une demi-heure avant une piqûre de morphine ; quelle doit être sa responsabilité pénale ?

La réponse, je crois, ne doit pas se faire attendre : en pa-

reil cas, la responsabilité de l'inculpée est pleine et entière.

On doit, en effet, rapprocher l'individu qui se morphinise dans ces conditions au buveur, qui, pour se donner de la force, de l'assurance, de l'habileté même quelquefois, se livre à la boisson avant de commettre un délit.

On sait, en effet, que les résultats immédiats d'une piqûre de morphine sont l'hyperexcitabilité cérébrale et une excitation psycho-somatique qui développeront, dans l'espèce, l'adresse, l'habileté, la hardiesse surtout, des délinquants. Il est, du reste, à remarquer que dans les expertises concernant des vols à l'étalage, dans le cas de morphinomanie, et dont nous reparlerons tout à l'heure, les inculpées entrant dans la voie des aveux, ont toujours convenu qu'elles s'étaient faites une piqûre quelques instants seulement avant de commettre leur larcin, c'est ainsi que l'une d'elles dont l'histoire sera rapportée plus loin, sentant son courage faiblir, s'était, au moment de commettre une mauvaise action délictueuse, administré plusieurs centigrammes de morphine.

Il n'est pas besoin de dire qu'en pareil cas, elles cherchaient dans cet aveu l'excuse de leur faute, voulant faire entendre que la piqûre les mettait dans un état d'obnubilation intellectuelle. Seulement, elles ne réfléchissaient pas, étant donné que l'effet physiologique immédiat d'une piqûre est actuellement bien connu, qu'elles aggravaient, pour ainsi dire leur faute; et qu'avouer leurs injections préalables, c'était en quelque sorte avouer ainsi implicitement que leur intention était de se donner plus d'assurance, et, par suite, plus de chance de réussir; on doit donc en pareil cas les déclarer responsables, et cela pour deux raisons :

1° D'abord, parce que la plupart du temps, c'est en toute connaissance de cause qu'elles se sont intoxiquées quelques instants avant le délit, et que l'acte même de se piquer dans ce but est un acte délictueux;

2° Parce que, même en supposant qu'elles ne se soient pas

piquées dans le but avoué de puiser plus d'habileté et de hardiesse pour leur délit, elles ne pouvaient arguer d'un état d'inconscience produit par cette injection préalable ; car il est avéré, et les faits le prouvent actuellement, que loin de produire de l'obtusion intellectuelle, l'effet immédiat des piqûres est, au contraire, de donner de l'excitation cérébrale, dans le sens vrai du mot.

La responsabilité pénale dans cette première catégorie de morphinomanes est du reste admise en France par la plupart des médecins légistes, et c'est dans ce sens qu'ils ont formulé leurs conclusions dans deux ou trois rapports faits sur cette question et sur lesquels nous reviendrons. Les magistrats par leurs arrêts ont également consacré cette manière de voir.

Les experts allemands sont encore plus sévères, et, en Allemagne, loin d'y trouver un semblant d'excuse, les juges trouvent un surcroît d'aggravation dans le fait de chercher dans la morphine un stimulant à la perpétration de leurs actes délictueux (Erlenmeyer, Levinstein, etc.). Ils appuient leurs conclusions sur ce fait, du reste admis par les tribunaux français, que, le délit commis par un individu qui a cherché un appoint dans l'alcool, en est aggravé au lieu d'être au contraire atténué. En pareil cas, l'ivresse accuse une sorte de préméditation.

Or, plus d'une fois dans le cours de ce mémoire, nous avons vu les grandes analogies qui existent entre l'ivresse morphinique et l'ivresse alcoolique. Il est donc légitime, dans une certaine mesure, d'assimiler ces deux états, même au point de vue de leur conséquence, même au point de vue de la pénalité.

Il va sans dire, et nous ne saurions trop insister sur ce point, qu'en donnant ces conclusions dans le cas d'intoxication aiguë, nous avons simplement en vue le fait même de l'ivresse morphinique, causé par une simple piqûre, sans préjuger nullement de l'état mental particulier causé par une

longue intoxication. Il va sans dire qu'alors cet état mental doit entrer en ligne de compte pour une large part dans l'appréciation de la responsabilité, et motiver une atténuation plus ou moins grande dans les conclusions d'un rapport, selon que cet état mental présente plus ou moins de lacunes.

Mais ce que nous avons bien voulu faire comprendre, c'est que l'ivresse morphinique, considérée en elle-même, abstraction faite de tout état mental particulier, dégagée de toute considération d'affaissement intellectuel, ne doit pas entraîner par elle-même l'irresponsabilité du délinquant, que celui-ci soit du reste peu ou très intoxiqué.

Ces conclusions qui peuvent paraître sévères ne s'éloignent pas, du reste, des conclusions des médecins légistes qui ont eu à faire des rapports sur des cas de morphinomanie et qui ont eu à apprécier cet état particulier dont nous nous occupons en ce moment et que nous avons désigné au commencement de ce chapitre sous le nom d'intoxication aiguë, et que l'on peut appeler aussi ivresse morphinique.

Dans le rapport de M. Garnier [1] sur un cas de morphinomanie avec vol à l'étalage, et qui soulève plusieurs points intéressants de responsabilité pénale, ce point ressort très clairement. — Un autre rapport intéressant de M. Marandon de Montyel sur l'affaire des époux Fiquet met bien en relief des délinquants qui invoquent leur état de puissance morphinique au moment du délit.

On le voit, un point qui ressort clairement des quelques expertises médico-légales, faites jusqu'à présent et qui sont peu nombreuses, il est vrai, c'est que l'ivresse morphinique proprement dite n'a jamais été regardée comme devant entraîner l'irresponsabilité du morphinomane.

Les experts français semblent même, nous l'avons vu,

[1] GARNIER, *Ann. med. psych.*, mai 1886.

partager sur ce point l'opinion des médecins allemands ; ils auraient plutôt une légère tendance, comme dans le cas de la veuve O...[1], à y voir une aggravation. Et en cela ils sont bien en rapport avec les données que l'on possède sur les effets immédiats cliniques et physiologiques de la morphine.

Tous les physiologistes sont en effet d'accord (Laborde et Calvet) pour dire que la morphine stimule d'abord les éléments nobles, les cellules, corticales du cerveau ; elle ne les affaiblit que dans une seconde phase pour les paralyser dans une troisième période. Mais l'activité cérébrale est le fait primordial.

Pour ce qui regarde les preuves cliniques qui viennent ici appuyer les données physiologiques, elles abondent, et la période d'euphorie que tous les auteurs ont signalée comme premier effet de l'absorption morphinique, n'est pas autre chose qu'une sorte d'hyperactivité cérébrale, d'hyperexcitabilité intellectuelle.

Cette activité cérébrale loin d'affaiblir la portée morale d'un acte délictueux commis à cette période doit au contraire l'augmenter ; car à ce moment, non seulement les sens et les sensations sont à leur *summum* d'acuité, mais l'intellect même participe dans une large mesure à cette hypéractivité.

Il doit être déclaré responsable. Il ne doit pas même y avoir atténuation de sa responsabilité, à moins que dans son état mental coexistant, que celui-ci soit dû ou non au morphinisme, il n'y ait des raisons suffisantes pour admettre des circonstances atténuantes.

Mais comme nous l'avons dit, nous ne nous sommes pas occupés ici que du fait seul de l'ivresse morphinique sans préjuger en rien du degré plus ou moins avancé d'intoxica-

[1] Rapport de M. Marandon de Montyel, sur les époux Ficquet, *Encéphale*, 1883.

tion de l'inculpé qui doit être étudié séparément et que nous étudierons plus loin. (V. article 2.)

b. Intoxications franchement aigues. morphinisés

Nous entendons par là les individus qui, sans être en état d'accoutumance, sans être en effet des morphinomanes, pourraient donner lieu à des expertises médico-légales. Ce type existe en effet en clinique, nous en avens donné une observation longuement circonstanciée. Il comprend ces individus qui ayant autrefois été soumis à des injections (*ce fait n'est même pas nécessaire*) se font, par hasard si l'on veut, des piqûres de morphine et se sont véritablement alors enivrés. Ce type que nous désignons sous le nom de morphinisés, parce que l'épithète de morphiniques ne leur convient pas du tout, pas plus que celle de morphinomane ; et avons fait remarquer qu'ils sont assez communs.

Nous l'avons vu, ces individus, obligés de produire un travail intellectuel soutenu ne trouvent pas dans leur organisation cérébrale, la force, la vitalité nécessaires, et ils sont forcés, pour ainsi dire, de se surchauffer. L'alcool, même à dose stimulante, leur répugne ou leur fait peur, le café est insuffisant. Ils s'adressent alors à la morphine, de temps à autre, quand l'énergie leur manque, et y trouvent le stimulant désiré, l'appoint nécessaire. Nous avons montré ailleurs, aux causes, que cette classe de morphinisés existe bien réellement et nous en avons donné des exemples ; nous avons vu que si elle est peu connue, c'est que ces individus, craignant de dévoiler leur pratique, se renferment en eux-mêmes. Mais le médecin a bien des faits de cet ordre à sa connaissance, *bien des confessions qu'il pourrait dévoiler*.

Les individus de cette catégorie ne se font pas systématiquement et quotidiennement des piqûres de morphine. Ils

n'ont recours à la morphine que lorsqu'ils en sentent le besoin, que lorsque l'énergie cérébrale leur manque ; ils peuvent être une longue période de temps sans se pratiquer d'injection ; puis un jour, sans y être poussé le moins du monde, simplement pour y puiser une énergie factice de quelques instants, ils se piqueront.

Or, on ne peut pas dire que ce sont là des morphiniques, encore moins des morphinomanes, pas plus qu'il serait juste de dire que des individus qui boivent de temps à autre des liqueurs fortes sont des ivrognes, sont des alcooliques. Ce sont au moment même de leur imprégnation des morphinisés, et rien de plus.

L'exemple de Z... dont nous avons rapporté tout au long l'observation est un exemple frappant des individus de cette catégorie.

Il a été soumis autrefois à la morphine pour un rhumatisme articulaire, a été un an sans se faire de piqûres et ne s'en est pratiqué depuis que par une occasion. Il s'en faisait à de très rares intervalles, à doses très faibles, comme stimulant intellectuel, pour obvier à l'appoint qui lui manquait ; et nous avons vu que dans une circonstance particulière où il avait manqué d'énergie, il y était retourné en dépassant de beaucoup la dose.

Eh bien ! on ne peut pas dire qu'il y eut dans cet exemple, morphinisme ou morphinomanie. Notre ami Z..., a été un morphinisé plusieurs fois dans sa vie et c'est tout. Il s'est enivré, si l'on veut, plusieurs fois dans son existence, il s'est grisé. Il se grisera peut-être encore, mais ce n'est pas pour cela un morphinique, ce ne sera jamais un morphinomane. C'est un homme qui a bu, ce n'est pas un buveur de profession, ce n'est pas un ivrogne, encore moins un alcoolique.

Nous avons, je crois, suffisamment fait connaître cette catégorie spéciale d'individus, à l'étiologie et nous avons vu, par les caractères que nous en avons donnés, que cette classe

de morphinisés, si elle n'a pas encore donné lieu à des expertises judiciaires, peut parfaitement, un jour ou l'autre, occuper le médecin-légiste. Nous aurons vite fait de donner notre avis sur ces cas particuliers.

Le médecin peut se trouver en face d'un prévenu, qui se retranche, pour excuser sa faute, derrière ce fait qu'il était sous le coup de l'ivresse morphinique.

La morphinisation, qu'elle soit passagère ou chronique, ne doit en rien exonérer le délinquant. En voici la raison :

Tout individu en puissance morphinique, qu'il soit ou non morphinique chronique, n'a pas perdu conscience de ses actes. Son activité cérébrale est quelquefois au contraire décuplée. Le morphinisé qui se fait une piqûre avant de commettre un délit comme le vrai morphinomane de tout à l'heure, est dans la situation de l'alcoolisé qui boit pour se donner du *ton*, de la hardiesse. Il doit aussi bien trouver dans ce fait une aggravation de responsabilité, loin d'y trouver une excuse.

Ces conclusions sont du reste admises en Allemagne par Levinstein, sinon en médecine-légale, du moins en clinique. Levinstein affirme en effet que le morphinomane en *puissance*, quelque soit le degré de l'intoxication, a toujours l'esprit net, de par le fait même d'une injection. — Marandon de Montyel, va même plus loin : « Dans la période d'euphorie, dit-il (*ce que nous appelons, nous, état de puissance morphinique.* Pour cet auteur, nous l'avons vu, la puissance morphinique serait la longue période qui va jusqu'à l'intoxication très avancée) la responsabilité est complète car alors la morphine loin d'affaisser ou de perturber l'économie, lui donne comme un surcroît de vie ; l'énergie intellectuelle comme l'énergie morale s'affirment davantage. »

§ 2. — État mental des morphinomanes dans le cours de l'intoxication chronique par la morphine

Nous avons maintenant à étudier le point peut-être le plus important de notre mémoire, d'autant plus important qu'ici il n'y a plus, comme dans le chapitre précédent, une manière d'être qui est toujours la même, mais un état qui varie avec chaque individu, qui change selon la dose employée, nous voulons parler de la responsabilité pénale dans l'intoxication chronique.

Nous éliminerons ici non seulement les cas de morphinisme aigu mais même les cas de morphinisme chronique, dans lesquels l'ivresse morphinique a été incriminée, en un mot tous les cas dans lesquels l'inculpé prétend avoir agi sous le coup d'une injection, étant en puissance morphinique.

En un mot, nous n'étudierons pas ici les effets immédiats et passagers produits par la morphine, mais les effets lointains et durables produits par l'intoxication chronique.

Il est évident, comme nous avons eu occasion de le démontrer, que dans la pratique des expertises judiciaires, ces deux états devront être souvent mêlés et invoqués par le prévenu. Mais pour une étude didactique, nous avons pensé qu'il était bon de distinguer l'étude de l'intoxication chronique, c'est-à-dire l'étude de l'*état mental* chez le morphinomane, de l'étude de l'intoxication aiguë, de l'ivresse morphinique en un mot.

Ces deux états, quoique se trouvant forcément le plus souvent chez le même individu, prête à des considérations médico-légales trop différentes pour que nous ne les séparions pas.

Nous ne manquerons pas du reste, ici comme dans le chapitre précédent, de montrer leur influence réciproque. Nous

ne manquerons pas de faire voir combien, à l'exemple de certains experts, on doit tenir compte, chez un individu qui vole en puissance morphinique, du degré d'intoxication.

Mais nous discuterons ici presque exclusivement la responsabilité du morphinomane indépendamment de l'état où il se trouve au moment du délit. En un mot, nous ne tiendrons compte, pour la facilité de la discussion, que de la capacité intellectuelle du morphinique, sans nous occuper d'autre chose.

Remarquons que c'est du reste sous cette forme que la question se pose généralement aux experts qui ont à faire un rapport médico-légal sur un cas de délit chez un morphinomane.

En d'autres termes, la question qu'on a à résoudre en pareil cas ici, et qui est la plupart du temps posée aux médecins légistes, est celle-ci :

1° L'inculpé est-il réellement atteint de morphinisme, de morphinomanie ?

2° Le degré de son intoxication morphinique entraîne-t-il chez lui la perte du libre arbitre, entraîne-t-il l'irresponsabilité, ou mieux quel est son état mental ?

En effet, dans les quelques études que la morphinomanie a suscitées jusqu'à présent, en France et à l'étranger, le rôle dévolu à l'expertise n'a pas dépassé ces limites. C'est ainsi que la question a été réellement posée par le Parquet à plusieurs reprises.

Ceci revient à dire pour nous que nous avons à étudier pour répondre à la première question, les caractères cliniques du morphinisme et nous les avons étudiés dans la première partie de notre mémoire, nous n'y reviendrons pas. C'est là, on peut le dire, la partie la plus connue actuellement.

La réponse à la seconde question, l'appréciation de l'état

mental, est plus délicaté. C'est cependant cet état mental qu'il importe d'analyser en nous appuyant sur nos observations et sur les rapports déjà parus.

Nous avons déjà, à propos des symptômes cliniques, parlé de cet état mental bien spécial des morphinomanes, mais nous y avons alors omis à dessein quelques détails, nous réservant d'y revenir ici, parce qu'ils se rapportent plus directement à la responsabilité pénale.

a. ÉTAT MENTAL DU A L'INTOXICATION ELLE-MÊME

Le caractère le plus saillant, on peut bien le dire, de cet état mental dû à l'intoxication chronique par la morphine, c'est cet état d'abattement, d'obnubilation qui rend incapable de résister aux mauvais conseils de l'imagination.

Les Allemands rendent cet état par un mot qui en peint bien les caractères et que l'on ne peut rendre en français exactement : Erlenmeyer, dans le septième chapitre de son étude sur le morphinisme, décrit cette situation sous le nom de « psychische-schwäche », expression que l'on pourrait traduire à peu près par celle d'*inertie.*

État des facultés mentales. — Inertie morale. — Facultés intellectuelles. — L'inertie forme bien, en effet, le fond du caractère chez le morphinique, et c'est à cette inertie qu'il doit de se laisser dominer par ses mauvais instincts, de ne pas résister à une mauvaise incitation de son esprit, alors qu'à l'état sain, son bon sens normal se fût immédiatement révolté. Ainsi donc, le premier fait qui ressort de cette inertie chez le morphinomane, c'est une *diminution du libre arbitre* en rapport avec le degré d'intoxication, et par là même une diminution de responsabilité. On ne peut évidemment ici donner comme règle une progression arithmétique régulièrement décroissante en rapport avec la

dose injectée, car il y a ici plusieurs autres facteurs dont il faut tenir compte, et parmi ceux-ci les prédispositions individuelles : je pourrais citer ici des exemples d'individus que j'ai rapportés ailleurs, chez qui une absorption énorme de morphine n'avait pas fait sensiblement baisser l'énergie cérébrale, tandis que chez d'autres, une petite quantité avait produit les plus grands désordres psychiques.

Importance de la dose injectée et du terrain de prédisposition. — On peut dire *a priori* que chez la plupart, le niveau mental est en rapport avec la dose injectée.

Il y a encore un autre facteur important qui intervient ici et que nous discuterons dans un chapitre spécial, c'est la coexistence d'un élément surajouté (délire héréditaire bien particulier si l'individu est un dégénéré, ce qui arrive fréquemment ; délire alcoolique, si l'individu s'est adonné à la boisson, etc.). On peut cependant, sans crainte d'être démenti trop souvent, dire que le niveau mental est généralement plus ou moins abaissé, selon que le degré d'imprégnation morphinique est plus ou moins prononcé ; hâtons-nous de dire que quelquefois cependant la force intellectuelle et morale ne marchent pas de pair.

Le premier devoir du médecin légiste sera donc non seulement de constater qu'il a affaire à un morphinique, mais d'apprécier le niveau mental de ce morphinique pour mesurer d'après cela son degré de responsabilité et dire dans quelle mesure il doit bénéficier ou non des circonstances atténuantes (nous entendons ici l'expression niveau mental, dans le sens de niveau moral — conscience raisonnée des actes).

Il est évident que cette conscience qu'un morphinique peut posséder sur la valeur morale de ses actes ne se mesure pas au dynamomètre comme la force musculaire [1] ; mais il est

[1] Il n'y a pas, en effet, en pareil cas, de phrénomètre pour se servir de l'heureuse expression de M. Falret.

facile de l'apprécier par un moyen détourné, en consultant l'état des facultés intellectuelles.

En effet, si l'existence du sens moral est difficile à apprécier par un examen objectif pour ainsi dire, il n'en est pas ainsi pour les facultés intellectuelles, dont l'observateur, habitué aux examens de ce genre, saura toujours reconnaître la diminution ou l'absence.

La question étant posée dans ces termes, il sera facile de reconnaître chez un morphinomane, la diminution de toutes les facultés intellectuelles :

Diminution de la mémoire. — La première qui se perd chez eux, c'est la *mémoire;* elle se perd de très bonne heure. Dans toutes nos observations, nous avons signalé le fait à un moment de l'intoxication morphinique. Chez certains intoxiqués la mémoire disparaît tôt, chez d'autres elle subsiste assez longtemps; mais chez tous cette faculté finit par sombrer. Dans tous les cas que nous avons pu observer, c'est un des premiers symptômes que remarque le malade. Et ce phénomène va s'accentuant avec les progrès de l'intoxication et le morphinomane lui-même remarque bien cette aggravation : « J'ai d'abord commencé par oublier les dates de l'histoire, nous disait un de nos malades. » Puis il oublia les dates qui le concernent personnellement : date de sa naissance, de ses entrées successives à l'hôpital, ce qui fit que nous eûmes la plus grande peine à reconstituer son observation. Il est à remarquer qu'ici, comme dans la démence sénile, selon la remarque de Kussmaul, les malades oublient d'abord les faits récents; les plus anciens restent les derniers. Ils peuvent vous dire ce qu'ils ont fait il y a dix ans : ce qui s'est passé la veille leur a complètement échappé.

Non seulement il est facile d'apprécier l'état de leur mémoire pour les dates, les faits, mais il est facile de se rendre

compte aussi de la perte complète chez eux, des notions professionnelles ; nous ne reviendrons pas sur ce point que nous avons démontré avec preuves à l'appui, dans la première partie de ce travail. Qu'il nous suffise de rappeler ici l'observation du docteur X... qui avait par moment la perte complète de toutes les notions médicales qu'il possédait autrefois : nous signalons surtout l'oubli par instant de certaines doses thérapeutiques qui le rendait très malheureux et qu'il avait avoué devant nous à plusieurs reprises. Dans les dernières périodes de sa vie, pendant lesquelles nous l'avons perdu de vue, la mémoire avait de nombreuses lacunes.

C'est ainsi qu'on signale chez des comptables, devenus morphinomanes, des erreurs de calcul impardonnables. Notons cependant que, même à une période avancée, jamais la perte de la mémoire et des notions professionnelles est aussi complète que dans la paralysie générale.

Perte du tempérament moral. — Il existe enfin dans les facultés mentales une lacune importante à signaler et qui intéresse spécialement le médecin légiste, c'est ce que Fournier décrit dans son traité sur la syphilis cérébrale et sur le tabac, sous le nom de *perte du tempérament moral*, et qui se trouve ici à un degré aussi élevé que chez certains tertiaires ; quoique encore doués d'une certaine intelligence, les morphinomanes, à une période avancée de leur évolution, se montrent absolument indifférents à tout ce qui les entoure. Cette indifférence est même un des côtés les plus intéressants de leur état mental, surtout pour le point qui nous occupe en ce moment, car il devra peser d'un grand poids dans les conclusions de l'expert, on peut le regarder en effet comme un bon signe d'imprégnation morphinique avancée.

Il est facile de constater cette défectuosité dans leur état mental. Interrogez-les sur leurs souffrances, sur leurs intérêts, sur leurs amis et sur les personnes qui leur sont le plus chères, ils ne prêteront aucune attention à ce que vous

leur demandez ; ils vous répondront même que cela ne les regarde pas et vous déclarent bien franchement qu'ils ne s'intéressent plus à rien. Une seule chose les occupe, les intéresse : *leurs piqûres de morphine*. Mais tout ce qui a trait à autre chose ne les regarde plus. En un mot, ils montrent en tout un égoïsme surprenant, qui est pathologique dans une certaine mesure, *puisqu'il s'étend à leurs propres intérêts*.

Dans un autre ordre d'idées moins graves, cet abaissement moral se manifeste par l'oubli de toutes les notions de politesse, de bon ton, mises jusqu'alors en pratique. *Tous* les morphinomanes, on peut l'affirmer, se font plus ou moins remarquer par la négligence de leur tenue. Nous avons connu une jeune femme des plus élégantes qui, malgré sa haute situation et son rang élevé, se faisait remarquer par une incurie absolue : personne dans son entourage ne pouvait expliquer le laisser-aller de cette jeune femme, dont jusqu'alors on avait au contraire admiré l'élégance et la mise soignée. Une autre négligeait les soins de propreté les plus élémentaires, au point d'éloigner de sa fréquentation ses meilleures amies. Et nous pourrions multiplier les preuves à l'appui de notre assertion.

En dehors de cet état mental constitué en somme, on le voit, par un affaiblissement léger mais appréciable de toutes les facultés mentales, l'expert ne devra pas négliger l'examen des troubles physiques si importants, mais sur lesquels nous ne reviendrons pas puisque leur étude a été faite plus haut. En effet ces troubles somatiques lui indiqueront dans une certaine mesure, le niveau de l'état mental, le niveau des facultés intellectuelles, car les deux ordres de symptômes se suivent d'assez près.

Il y a bien un côté du tableau clinique que nous laissons ici dans l'ombre, mais nous l'avons fait à dessein, parce qu'il ne doit pas distraire le médecin légiste ; c'est l'*état délirant*. Sans entreprendre ici une discussion de doctrine que nous

avons résolue plus haut nous admettons que l'état délirant, qui comme on le sait, est tout autre que l'état mental, est très rare dans le morphinisme. Nous n'avons pas ici à rechercher l'existence de conceptions délirantes proprement dites, des hallucinations, des impulsions. Nous renvoyons pour cette étude à notre première partie, où nous avons longuement passé en revue les différents troubles psycho-sensoriels de morphinisme, et discuté leur existence [1].

L'état mental seul doit d'abord occuper l'expert, et le niveau de cet état mental lui sera donné comme nous l'avons vu par l'examen attentif de l'état des facultés intellectuelles et des fonctions physiques qui lui donneront la plupart du temps la mesure de la capacité morale et partant de la responsabilité de l'inculpé.

C'est en recherchant ainsi l'état mental par cet examen scrupuleux que dans les expertises médico-légales qui ont eu lieu depuis dix ou douze ans sur ce sujet les légistes ont pu débrouiller le vrai du faux et arriver à des résultats assez précis.

Cette recherche de l'état mental dans les expertises de ce genre est d'autant plus importante que c'est cet état mental qui fait le pivot non seulement des considérants mais des conclusions.

En effet, nous ne saurions trop insister sur ce point, l'état mental, le niveau intellectuel et moral en un mot, sera souvent, sinon toujours, le seul point en cause ; *car l'ivresse morphinique, c'est-à-dire l'état de puissance morphinique de l'inculpé, au moment du délit, ne doit pas être regardé comme une excuse, c'est là un fait prouvé. Et d'autres parts, l'impulsion morphinique invoquée quelquefois aussi n'a jamais existé comme nous le verrons du reste, et il ne peut être admis.*

Il y a surtout une vérité clinique qui devra avant toute

[1] Nous parlerons des impulsions dans un chapitre spécial.

chose attirer l'attention du médecin, c'est que les considérations qui précèdent ne s'adressent qu'aux intoxiqués de *très longue date*, et que, *dans la grande majorité des cas l'état mental des morphinomanes est à peu près indemne*.

C'est en suivant ces données, et en ne s'occupant que de l'état mental tel que nous venons de le définir que M. Brouardel a pu mener à bien le premier cas de morphinomanie qui ait donné lieu en France à une expertise médico-légale. Il s'agissait d'un cas de vol à l'étalage[1]. La lecture minutieuse des rapports de M. Motet[2], de M. Blanche[3], de M. Marandon[4] et de M. Garnier[5] est également très instructive. Le cadre que nous nous sommes imposé nous empêche de les donner ici même en résumé, nous ne pouvons qu'y renvoyer nos lecteurs.

Les conclusions que nous devons tirer de cette longue discussion et de l'analyse attentive des rapports faits sur la question sont les suivantes :

L'abaissement du niveau *mental* (affaiblissement des facultés *intellectuelles, affectives* et *morales*) doit entrer en ligne de compte pour l'appréciation de la responsabilité ; mais jamais l'état mental seul, imputable au morphinisme, ne pourra expliquer et pourtant excuser un délit. Il faudra en tenir compte quelquefois pour atténuer, jamais pour éliminer la responsabilité d'un inculpé.

Du reste quelques considérations sur la *morphinomanie invoquée*, sur les *impulsions invoquées*, et sur l'*état mental* coexistant vont maintenant nous permettre de faire ressortir ce fait.

[1] Brouardel, *Loc. cit.*
[2] Motet, *Loc. cit.*
[3] Blanche, *Loc. cit.*
[4] Marandon de Montyel, *Loc. cit.*
[5] Garnier, *Loc. cit.*

b. MORPHINOMANIE INVOQUÉE. — SIMULATION

A l'étude de l'examen de l'état mental des morphinomanes, se rattache naturellement l'étude de la *morphinomanie invoquée* par un prévenu pour les besoins de sa cause.

Je fais remarquer ici que je ne dis pas, morphinomanie simulée, car dans les quelques cas qui se sont présentés jusqu'ici, le prévenu était toujours morphinomane, ou du moins avait l'habitude de se pratiquer des piqûres de morphine.

Quelques considérations seulement mettront en garde contre cette simulation possible.

Tendances à la supercherie des morphinomanes. — Tout d'abord un point important du caractère des morphinomanes sur lequel nous avons longuement insisté ailleurs et contre lequel nous devons ici nous tenir en garde dans l'examen d'un morphinique, c'est leur tendance à la supercherie. Rien n'égale la ruse du morphinomane lorsqu'il commence à tromper le médecin; on peut dire que sous ce rapport, ils laissent bien loin derrière eux les hystériques qui cependant sont assez complets sur ce point.

On peut même dire que c'est là un point bien particulier qui fait pour ainsi dire partie de l'état mental du morphinomane, car poussé jusqu'à l'extrême, il intéresse vivement le médecin légiste qui doit être mis en garde avant de se livrer à un interrogatoire chez un intoxiqué.

Comment arrivent-ils à acquérir cette habitude de nier, de mentir, qui arrive pour ainsi dire à faire partie de leur caractère? Comment arrivent-ils, quels qu'ils soient et dans toutes les classes de la société à vouloir tromper et tromper quand même?

Nous devrons, je crois, en chercher les explications dans les difficultés qu'ils ont eues au début à se procurer de la morphine.

En effet, à un moment donné, leur poison quotidien leur a fait défaut ; et, comme tout au monde leur est indifférent sauf leur appétit pour la morphine, ils se sont creusés la cervelle, ils se sont ingéniés à s'en procurer *quand même.* Toute leur intelligence, toute leur activité, à une certaine période n'a eu qu'un but : se procurer de la morphine. Ils ont eu alors recours à mille artifices pour renouveler leur provision épuisée.

Ils ont ainsi développé chez eux au suprême degré l'habileté à dissimuler, à ruser, à mentir. Ils ont peu à peu acquis cette duplicité qui est devenue ainsi une modalité, une manière d'être inhérente à leur état mental.

Nous avons vu qu'ils acquièrent même dans le genre une véritable supériorité ; il nous suffira de rappeler l'exemple de A... qui dissimulait la morphine dans des bobines de soie, cachetées aux deux extrémités, et d'autres fois au milieu de pots de confitures qu'elle se faisait adresser par sa sœur et remettre au parloir par la surveillante de service, dupe elle-même de ses tromperies. Cette même malade nous a avoué plus tard qu'elle avait à différentes reprises caché son poison favori dans des boîtes de poudre de riz ; ce subterfuge avait toujours réussi, le médecin croyant là simplement avoir affaire à une vulgaire poudre parfumée. D'autres malades que nous avons connus, et soumis à la suppression progressive, dissimulaient leur morphine dans des livres auxquels ils donnaient la forme de boîte, quelques-uns même, dans les orifices naturels, etc. En Allemagne cette supercherie est encore poussée plus loin, peut-être parce que ce vice est plus répandu que chez nous ; elle est même la source de véritables métiers, comme celui qui consiste à fabriquer des peignes spéciaux, creux à l'intérieur et dans lesquels on peut dissimuler la morphine, etc. etc. Nous pourrions, si nous voulions, citer un volume entier sur les supercheries des morphinomanes.

On conçoit donc que devant des morphinomanes prévenus

d'un délit quelconque, l'expert devra se tenir sur ses gardes pour ne pas se laisser induire en erreur par leurs assertions, par leur système de défense. On conçoit que des morphinomanes déploient en pareil cas toute leur duplicité. Mais le médecin prévenu saura faire la part de la vérité.

— Le système de défense suivi par des prévenus de ce genre, pour qui du reste le morphinisme n'est qu'un prétexte, sera naturellement de prétendre, que, adonnés depuis longtemps à la morphine, ils ne doivent pas de ce fait être rendus responsables du délit commis par eux.

Le rôle de l'expert en pareille circonstance est d'abord d'examiner l'état physique de l'inculpé, l'état de son intelligence et de voir à quel degré d'intoxication il en est arrivé.

L'état physique, nous l'avons vu, présente des données assez sérieuses pour être d'un certain poids dans la balance, bien que quelquefois, même dans des cas assez avancés, il se réduit à des troubles peu appréciables [1]. — Nous y renvoyons le lecteur.

Il en sera de même de l'état mental, il examinera successivement le tempérament moral de l'inculpé.

Par un examen scrupuleux et attentif, on n'aura pas beaucoup de peine à constater et l'état du malade et approximativement même à apprécier son degré d'intoxication. Il se rappellera bien en effet pour cela que l'attitude des morphiniques réellement intoxiqués n'est plus la même et consiste surtout dans un grand fond d'apathie, d'indifférence même vis-à-vis de l'instruction et de leur propre défense. (Voir les cas et les rapports de MM. Brouardel et Motet, etc.)

Du reste nous ne pouvons mieux faire pour nous rendre compte du rôle de l'expert dans les cas de *morphinomanie invoquée* que de commenter les rapports si nets et si lumi-

[1] Parmi ces signes physiques, il va sans dire que l'analyse des urines sera un des meilleurs. Il faudra toujours la pratiquer. Voir du reste la méthode à employer au chap. *Des symptômes.*

neux de M. Marandon de Montyel concernant l'affaire si embrouillée des époux Fiquet[1] dans laquelle le morphinisme a été invoqué par la femme Fiquet.

On y voit comment l'habile médecin légiste a cherché à établir les deux points importants dont nous parlions tout à l'heure :

1°. — L'existence du morphinisme ;

2°. — Le degré d'intoxication donnant, en quelque sorte, comme on le sait, la mesure de l'état mental.

La femme Fiquet, adonnée à la morphine depuis deux ans, était accusée d'enlèvement et meurtre, et invoquait pour sa défense son état d'intoxication. L'examen physique ne fit rien découvrir, l'examen des facultés intellectuelles fut négatif aussi, une seule faculté paraissait du premier abord compromise ; la mémoire. Le système de défense de l'inculpée consistait à dire qu'elle avait perdu le souvenir de ce qui s'était passé, sous l'influence de la morphine.

Mise en observation pendant quarante-sept jours, il ne fut pas difficile de constater que cette amnésie qui était le pivot de la défense et de l'expertise était simulée. Vingt fois pendant ce laps de temps, le même piège fut tendu, vingt fois elle y est tombée : causant avec le médecin de son existence entière, de son séjour même à l'asile, on lui fit raconter les détails précis, surtout sur ses habitudes morphiniques. L'amnésie était donc simulée, et la délinquante déclarée responsable. Des considérations qui précèdent il résulte donc que dans un cas de morphinisme invoqué, il faut : tout d'abord rechercher l'existence du morphinisme, et surtout se rappeler que de cette constatation il ne doit nullement résulter une ligne de conduite unique.

Le médecin expert devra rechercher le degré d'intoxica-

[1] Marandon de Montyel, *De la morphinomanie dans ses rapports avec la médecine légale*. Affaire des époux Fiquet. *Encéphale*, novembre 1883.

tion, c'est-à-dire l'état mental de l'inculpé, et il arrivera par l'examen attentif des facultés intellectuelles à baser ses conclusions sur le niveau mental.

En aucun cas, il ne devra se contenter de poser le diagnostic morphinomanie et de conclure à l'irresponsabilité, car le fait seul de s'adonner à la morphine ne constitue point par lui-même un signe de folie, partant d'irresponsabilité.

Nous dirons ici avec l'expert des époux Fiquet : La morphinomanie ne préjuge rien de l'état mental d'un accusé. L'état mental seul de l'inculpé et le niveau de cet état mental dicteront les conclusions de l'expertise.

Il ne suffit donc pas de reconnaître dans un cas donné de *morphinomanie invoquée* l'existence de l'intoxication morphinique, il faudra apprécier l'état mental de l'inculpé, c'est-à-dire *analyser l'état des facultés intellectuelles, morales et affectives*, peser pour ainsi dire les effets du morphinisme, qui peuvent être nuls ou entraîner une certaine irresponsabilité : L'expert devra être en un mot doublé d'un clinicien.

Un point important qui doit aussi attirer l'attention du médecin dans les cas de ce genre, c'est la question des doses. Le délinquant, pour s'exonérer, comme dans le rapport Fiquet, peut chercher à exagérer la quantité qu'il absorbe journellement. — Quelle sera alors la conduite du praticien? Devra-t-il entreprendre une enquête chez le pharmacien ? Évidemment, il ne devra pas négliger ce moyen qui plusieurs fois pour nos observations nous a donné des résultats sérieux. Mais dans l'hypothèse d'un délit, dans un cas de *morphinomanie invoquée*, il ne faut pas se faire d'illusion, et l'enquête de l'expert sera le plus souvent sans issue.

Nous conseillons un moyen plus sûr : l'*observation attentive du morphinomane séquestré*, et mis dans l'impossibilité d'absorber son stimulant d'habitude : les désordres physiques de l'abstinence observés alors, et que nous développons ailleurs, ne manqueraient pas de se produire ; et leur

intensité plus ou moins grande, serait d'un grand secours pour apprécier le degré de l'intoxication.

En résumé nous voyons que le médecin-expert n'est pas désarmé en face d'un inculpé morphinique qui invoque la morphinomanie comme excuse. Avec l'examen physique et mental, il a dans les accidents provoqués par l'état de besoin, des données suffisantes, non seulement pour constater le morphinisme mais aussi dans une certaine mesure pour apprécier le degré de l'intoxication.

Ce dernier moyen a été mis en usage avec un plein succès par Obersteiner de Vienne dans un cas de morphinisme invoqué et dans lequel cette supercherie fut déjouée [1] et par M. Garnier [2] et M. Marandon [3], en France.

c. Des impulsions. — Existe-t-il des impulsions imputables au morphinisme

A l'étude de l'examen mental des morphinomanes se rattache également par des connexions assez étroites la question si souvent soulevée de savoir s'il existe ou non des impulsions chez les intoxiqués par la morphine, capables d'expliquer leur délit.

Nous allons du reste indiquer la question comme elle est généralement posée par les tribunaux sans lui donner cette forme scientifique, car elle est avec celle de l'affaiblissement des facultés, de l'état mental, une des questions le plus souvent posées par le tribunal à l'expert.

[1] Oberstenier, *Chronic Morphinismus* (Brain, 1880, 2, Band). Il s'agit ici d'un voleur qui se retranchait précisément derrière la morphinomanie et prétendait avoir été poussé malgré lui à voler. Mis dans l'impossibilité de se procurer de la morphine, il simula si grossièrement les troubles provoqués par l'abstinence morphinique, qu'il se vendit lui-même.

[2] Rapports cités.

[3] *Loc. cit.*

La forme donnée aux demandes formulées par les magistrats à l'expertise pour résoudre ce problème d'impulsion morbide est celle-ci : un morphinomane peut-il être poussé inconsciemment à tuer ou à voler ?

On le voit, il ne s'agit plus ici de l'état mental proprement dit, ni de l'état des facultés mentales pouvant par leur altération entraîner une diminution du libre arbitre et portant un degré plus ou moins prononcé de l'irresponsabilité. Il s'agit d'une véritable modalité du délire.

La question étant posée en ces termes on prévoit déjà quelles seront nos conclusions puisque, avec la plupart des auteurs nous avons refusé à la morphinomanie le nom de psychose, c'est-à-dire l'état caractérisé par des conceptions délirantes et des troubles psycho-sensoriels, tels que hallucinations, impulsions à tuer, etc.

On sait en effet que, à ce sujet, a été soulevée une discussion qui n'est pas encore terminée. La morphinomanie est-elle une folie ou simplement un empoisonnement lent s'accompagnant à la longue d'un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Cette question importante de vol a été discutée plus haut au chapitre de l'étiologie, nous n'y reviendrons pas ici, nous nous placerons seulement au point de vue médico-légal, point de vue sur lequel cette question a été considérée par les tribunaux dans les faits de cette espèce.

On sait que dans plusieurs formes de maladies mentales, il existe des impulsions bizarres, en vertu desquelles un être est poussé d'une façon *irrésistible et inconsciente* à commettre certains actes, soit contre la vie des personnes, soit contre la propriété.

— C'est ainsi que, dans l'épilepsie on a décrit sous le nom d'épilepsie larvée un état caractérisé par une impulsion irrésistible à commettre un acte délictueux, homicide ou vol et que cet acte est suivi d'une inconscience absolue de tous les faits qui l'ont accompagné.

— C'est ainsi que dans la grossesse, dans la forme mentale dite *folie des femmes enceintes*, on a signalé des faits vrais (bien qu'ici aussi il y ait eu beaucoup de simulation) dans lesquels une femme se sent poussée irrésistiblement à tuer, à voler. Dans beaucoup d'infanticides cette impulsion irrésistible invoquée par la prévenue est donnée à l'examen des experts par les tribunaux. Dans beaucoup de vols aussi, cette modalité délirante est invoquée par des délinquantes qui veulent exploiter leur état de grossesse.

— C'est ainsi qu'en dehors de l'épilepsie et de la puerpéralité, on a décrit dernièrement sous le nom de syndrômes épisodiques, des épisodes aigus survenant dans l'existence des dégénérés, caractérisés surtout par des impulsions conscientes il est vrai, ici, mais de plus absolument irrésistibles.

Parmi ces épisodes on trouve des impulsions revêtant aussi la forme marquée par les morphinomanes simulateurs.

D'après les travaux de Morel [1], Magnan [2], P. Saury [3], de Legrain [4], c'est même parmi ces *héréditaires dégénérés* qu'on trouverait surtout ces impulsions au meurtre, au vol dont nous parlons en ce moment.

— Il existe enfin une série de déviations mentales qui ont reçu, en clinique et dans les expertises médico-légales, le nom de kleptomanie, et qui nous intéressent ici. On a réuni sous ce nom une foule d'états la plupart du temps symptomatiques d'un état épileptique, puerpéral, ou de dégénérescence mentale, mais qui souvent aussi sort du cadre ordinaire du mal comitial, de la puerpéralité et des impulsions héréditaires.

Lasègue décrit tous les faits de cette catégorie sous le nom de *vol à l'étalage* qu'il définit : « Une déviation morbide qui

[1] Morel, *Traité pratique. — Étude des dégénérescences. — Études cliniques.* — Varia.

[2] Magnan, *Leçons et communications. Soc. médico-psych.*, 1884-85-86.

[3] Saury, *Folie des héréditaires dégénérés.* — Vol. 1886.

[4] Legrain, *Thèse citée*, 1886.

pousse le malade en vertu d'une obsession pathologique à s'approprier des objets placés à la porte des grands magasins. » Le vol à l'étalage n'est donc qu'un syndrôme qui comprend, on le voit, une foule d'états disparates.

Dans cette forme de kleptomanie (vol à l'étalage), si souvent invoquée par des prévenus de toutes les catégories, on retrouve de vrais malades, de vrais irresponsables. Et parmi ceux-ci, on compte non seulement des épileptiques, des puerpérales, des héréditaires dégénérés, mais aussi des nerveux, dss névropathes particuliers, des hystériques, dont la forme mentale ne porte aucune étiquette, ne peut être placée dans aucun cadre connu, mais qu'on doit certainement tenir pour des irresponsables, des malades, en raison des circonstances qui ont accompagné l'acte incriminé.

C'est ainsi qu'on a observé des femmes d'une honorabilité parfaite, riches du reste, s'approprier, sans essayer le moins du monde de se cacher, toutes sortes de menus objets sans la moindre valeur, à la porte des grands magasins. Elles avouaient ensuite avoir été poussées, *malgré elle*, à commettre ce délit.

Il y a évidemment lieu d'admettre une forme spéciale pour les faits de ce genre, bien qu'on ne puisse les attacher à aucune forme connue, et c'est à cette forme spéciale englobant une foule d'états morbides imparfaitement connus et non encore catalogués qu'on a donné le nom de kleptomanie.

La kleptomanie n'est donc pas une forme vésanique spéciale, c'est une modalité symptomatique comprenant, comme on vient de le voir, non seulement des états comitiaux et puerpéraux, de dégénérescence, mais aussi une foule d'états mentaux bizarres qui se traduisent au dehors par des impulsions non moins bizarres, parmi lesquelles le *vol à l'étalage* doit compter en première ligne.

— Mais, si, au point de vue clinique, au point de vue descriptif pur, la désignation kleptomanie n'a pas une place bien

marquée, un sens très précis, au point de vue médico-légal, il n'en est plus de même.

L'état désigné sous le nom de kleptomanie a, au point de vue juridique, au point de vue légal qui nous occupe seul ici, un sens bien compris des tribunaux, et bien précis qui ne préjuge en rien de la notion étiologique, mais qui a une signification médico-légale nette et suffisante.

L'expression *kleptomanie,* dans l'esprit des juges, signifie impulsion irrésistible à voler, inconsciente ou non, mais entraînant par ce caractère d'irrésistibilité, l'irresponsabilité du prévenu.

Le sens médico-légal est donc suffisamment net pour que dans l'étude qui nous occupe ici, nous puissions émettre des conclusions.

Ces impulsions à tuer, à voler ainsi définies, peuvent-elles exister chez un morphinomane? C'est, maintenant que la question est bien posée, ce qu'il nous reste à examiner.

On sait, en effet, que dans les expertises médico-légales qui ont eu lieu jusqu'à présent, les morphinomanes, se sont retranché derrière une obsession irrésistible qui les pousse à voler, et aurait rattaché cette obsession à la morphine.

Nous avons déjà vu le compte qu'il fallait tenir de cette allégation chez un morphinomane qui cherche dans l'ivresse morphinique, dans l'état de puissance morphinique où il se trouvait au moment du délit, une explication de son acte. Nous avons vu qu'en pareil cas, que, dans cet état, loin d'être irresponsable, il est, au contraire, dans un état de lucidité euphorique, d'activité psycho-somatique, qui devaient plutôt augmenter sa responsabilité (V. chap. Ier, art. 1).

La question qui reste à élucider est celle-ci : L'intoxication graduelle par la morphine, peut-elle déterminer, peut-elle faire naître à la longue des impulsions qui le poussent tout à coup irrésistiblement et en dépit de ses efforts à tuer (affaire

Fiquet), à voler (*Rapport Brouardel*, *Motet*, *Lunier*, *Garnier*, *Obersteiner*, etc.)

Remarquons que nous étudions ici les impulsions dans le cours de l'intoxication, et non pas dans le cas de suppression brusque, ce qui est bien différent, comme nous le dirons dans un chapitre spécial.

C'est dans ce sens qu'était posée la question aux experts dans les rapports que nous venons de citer.

Les inculpées du sexe féminin ont prétexté pour les besoins de leur défense qu'elles avaient obéi à une impulsion qu'elles n'avaient pu réprimer, qui les avait poussées à tuer ou à voler.

Il ne fut pas difficile aux médecins légistes de montrer que ce système de défense n'avait aucune base solide.

Dans l'affaire Fiquet, la principale inculpée, accusée de meurtre, comme nous l'avons vu, se retranchait derrière un mouvement impulsif qui l'avait incités à enlever la jeune Barbey, à l'emmener chez elle ; mais ce mode de défense fut vite abandonné lorsqu'on lui demanda ce qu'elle avait fait à partir de ce moment-là ; elle changeait de tactique et prétendait alors qu'elle avait perdu le souvenir de ce qui s'était passé et n'avait plus aucune conscience des faits du 29 juin, jour de l'assassinat. Ce double système de défense ne put naturellement prévaloir ; on s'imagine difficilement en clinique une impulsion consciente jusqu'à un moment donné, et devenue inconsciente subitement, au milieu même de la perpétration du délit incriminé.

Il ne fut donc pas difficile au docteur Marandon de Montyel de répondre sur ce point, et d'affirmer que la femme Fiquet n'avait pas *cédé à un mouvement impulsif irrésistible*, en se basant précisément sur l'absurdité de cette impulsion.

Dans l'expertise de M. Brouardel sur un cas de morphinomanie avec vol à l'étalage, et si intéressante à plus d'un point de vue, une des questions posées à l'éminent professeur

comprenait aussi implicitement l'existence des injections. Le cas se compliquait ici de grossesse, ce qui rendait l'appréciation de l'expert plus délicate encore. On le priait alors de déclarer s'il y avait impulsion morbide et, dans ce cas, si celle-ci appartenait à la kleptomanie des femmes enceintes, ou s'était développée sous l'iufluence de la morphine.

Outre l'état mental caractéristique dans l'espèce comme nous l'avons vu plus haut, il fut facile ici de conclure qu'il n'y avait pas grossesse et que l'intoxication morphinique ne présentait pas jusqu'à nouvel ordre des impulsions morbides. On connaît les conclusions du tribunal.

Dans le cas de vol à l'étalage soumis à l'analyse de notre ancien maître, M. Paul Garnier, on voit aussi l'inculpé se retrancher derrière son impulsion morbide. Mais ici l'impulsion morbide invoquée aurait eu un caractère spécial, en raison de l'état dans lequel se prétendait et pouvait être la malade. La fille X... venait de se faire une injection de morphine, elle était par conséquent en puissance morphinique, en état d'ivresse morphinique.

La question intéressante que soulève ici ce rapport, est donc de savoir si l'ivresse morphinique qui, nous l'avons vu, est bien différent de l'état d'intoxication chronique proprement dit, peut provoquer des impulsions, vol, etc.

On a déjà vu plus haut et longuement discuté la responsabilité médico-légale du morphinomane *en puissance*, du morphinique en état d'ivresse. Nous avons longuement démontré alors, en nous appuyant sur les faits cliniques et expérimentaux que cet état, loin d'être une excuse pour le morphinique, devait plutôt être une aggravation.

La question d'obnubilation intellectuelle inconsciente invoquée alors, doit être nulle et non avenue.

Mais, en dehors de cette obnubilation intellectuelle, l'ivresse morphinique ne pourra-t-elle pas développer chez le morphinique des impulsions invincibles, inconscientes ou non?

Ne pourrait-elle pas, comme chez l'inculpée en question, déterminer un mouvement irrésistible ? L'état de puissance morphinique peut-elle développer une impulsion inconsciente à voler à l'étalage ?

Cette femme, on l'a vu, prétendait à la suite de dix injections faites coup sur coup, avoir eu un vertige ou du moins un état vertigineux, pendant lequel, sous l'influence de cette haute dose de morphine, elle aurait été poussée irrésistiblement à commettre son larcin.

La seule réponse à ses questions se trouve dans les faits cliniques qui sont en assez grand nombre à présent et qui permettent, sinon d'établir une règle, du moins une quasi-certitude.

Or, jamais, dans aucune observation clinique, qu'il s'agisse de fait d'intoxication aiguë ou chronique, on a observé d'impulsion de ce genre. Jamais nous n'avons vu le fait, et jamais nous ne l'avons noté dans nos observations.

Aussi nous rallions-nous franchement à la conclusion des médecins-experts qui ont eu à examiner ce point particulier qui nous occupe.

Le morphinisme, même dans la forme qui a reçu le nom de morphinomanie, n'a jamais donné lieu à des impulsions conscientes et en particulier à la kleptomanie (Brouardel).

Le fait d'une impulsion kleptomaniaque ne répond à aucune donnée clinique connue (Garnier). Comme autre conclusion, nous devons dire aussi qu'il faudra attentivement examiner l'état psychique coexistant de l'inculpé qui se retranche derrière des impulsions, auquel cas on leur trouvera un caractère d'absurdité sui-generis. Nous étudierons du reste cette question d'un élément surajouté dans le paragraphe suivant.

Mais ce qu'il a de certain, c'est que d'après les données scientifiques actuelles, on ne peut admettre des impulsions : 1° ni dans l'intoxication morphinique; 2° ni dans l'ivresse morphinique.

Il y a, il est vrai, le cas de Hallez[1], dans lequel l'inculpé, d'après le récit et les extraits publiés, aurait obéi à un véritable accès de fureur et aurait roué de coups, sur la place publique, un jeune homme auquel il ne voulait aucun mal.

Il y aurait là, évidemment, une véritable impulsion morbide dans le sens médical du mot.

Mais il y a deux points que je voudrais élucider avant de conclure dans l'espèce à l'existence d'une impulsion morbide due exclusivement à l'intoxication par la morphine.

D'abord, dans quel état se trouvait l'inculpé au moment du délit, état d'*abstinence*, *ou de puissance* morphinique, qui sont deux états absolument différents, point que M. Hallez ne précise nullement?

M. Marandon de Montyel semble déclarer que même ici, un état de puissance morphinique pourrait expliquer le délit et que de ce chef le délinquant pouvait être acquitté.

Nous ne le croyons pas, en raison des longues considérations que nous avons émises plus haut sur la responsabilité de l'inculpé en état de puissance morphinique, responsabilité à propos de laquelle nous avons invoqué l'autorité de l'habile expert de l'affaire Fiquet, lui-même.

Je sais bien qu'on a décrit une sorte de fureur se manifestant dans le morphinisme très avancé, *fàux delirium tremens,* comparable aux crises d'exaltation maniaque du fumeur d'opium, mais nous avons vu combien il importe d'être réservé sur l'interprétation de ces accès dans le morphinisme pur, accès qui, du reste, ne ressemblent pas à l'impulsion et sont peu susceptibles de prêter à des considérations pénales. — Du reste, nous tenons à dire ici que, si nous avons souvent constaté les accès en question dans l'état d'abstinence morphinique, nous ne les avons jamais rencontrés dans le cours de la maladie.

Nous aimerions mieux expliquer l'acte incriminé du malade

[1] Hallez, *Loc. cit.*

de Hallez[1], en disant qu'il était en état d'abstinence morphinique, état qui. comme nous le verrons dans le second chapitre de notre étude médico-légale, comporte et excuse dans de certaines limites les impulsions de ce genre.

Le vrai *delirium tremens morphinique*, en effet, s'accompagnant d'impulsions violentes, dangereuses pour les personnes, et décrites par Levinstein, fait partie de l'état d'*abstinence*, et non de l'état de *puissance* morphinique.

En second lieu, le morphinomane de Hallez n'était-il pas alcoolique ? En effet, nous expliquerions mieux encore ce cas bizarre qui semble échapper aux règles cliniques, en disant, ce qui est fort possible, que l'intoxication morphinique pourrait bien ne pas avoir produit cet acte d'impulsion furieuse On devrait alors attribuer l'acte incriminé à un élément surajouté, délire alcoolique dans l'espèce; c'est peut-être ainsi qu'il faut expliquer également les accès de fureur décrits par les auteurs dans le cours du morphinisme, et par M. Marandon de Montyel, dans la seconde période de la maladie, période qu'il nomme *période de marasme physico-psychique.*

C'est qu'en effet l'élément coexistant dans l'état mental d'un morphinomane est un élément important dont il faut tenir compte, ce sont ces coexistences avec le morphinisme, que nous allons maintenant étudier. C'est une étude qui se rattache directement à l'intoxication morphinique, et qui *jette un jour* nouveau sur son histoire.

[1] Hallez, *Société méd. du Nord.*

CHAPITRE II

COEXISTENCE D'ÉLÉMENTS MORBIDES SURAJOUTÉS AU MORPHINISME

Nous avons vu quelles étaient nos conclusions lorsque nous avons terminé l'étude de l'état mental des morphinomanes, considéré en lui-même.

Nous avons vu combien il était rare que l'état mental seul imputable au morphinisme pût expliquer et pourtant excuser un délit.

Nous déclarions ainsi implicitement l'importance qu'il y avait à rechercher les antécédents du malade, les renseignements sur l'hérédité, pour y découvrir un état mental coexistant ou préexistant qui vienne éclairer l'expert et modifier ses conclusions. Nous établirons ici quelques divisions qui nous paraissent utiles pour l'exposition :

I. — Coexistence d'un état de dégénérescence mentale héréditaire

Dans les rapports français faits sur cette question on voit que les experts français n'ont pas manqué de fouiller l'histoire, le passé des inculpés morphinomanes soumis à leur examen, et que en présence d'un élément étranger surajouté à l'état mental, ils n'ont pas manqué de le prendre en considération.

C'est qu'en effet il y a un point très important, qui ressort ici, non seulement de l'étude des rapports médico-légaux,

mais de tous les faits cliniques que nous avons pu observer et que nous avons surtout mis en lumière, lorsque nous avons traité l'étiologie du morphinisme. Nous voulons parler de cette remarque que nous avons faite et contrôlée, qui nous montre que le fait même de se livrer à la morphine, implique déjà souvent de la part de celui qui s'y livre, une sorte d'appétence morbide, une sorte d'entraînement maladif qui est déjà l'acte d'une nature affaiblie au point de vue cérébral, d'une nature incapable de résister aux sollicitations d'un esprit déréglé. En un mot souvent le simple fait de se livrer à cette pratique funeste, a eu pour premier mobile le désir non réprimé d'un cerveau déjà touché, déjà taré.

Après de pareilles considérations, nous pourrions citer naturellement bien des cas de morphinomanie déclarés chez des individus atteints de dégénérescence mentale, expliquant cette assertion.

Contentons-nous de dire ici que nous comprenons dans cette énumération, tous ces déclassés, tous ces cérébraux, tous ces originaux, tous ces dégénérés qui pullulent et qui trouvent dans leur tare héréditaire, l'explication de leur passion morbide et *jusqu'à un certain point*, l'excuse des effets de cette passion maladive. Il faut comprendre dans cette classe, en un mot, toute cette catégorie nombreuse d'individus que Magnan a désignés sous le nom de dégénérés supérieurs remarquables entre tant de caractères par la déséquilibration morale [1].

Nous disons que souvent le morphinomane se recrute parmi les déséquilibrés de toutes les classes, mais il n'y a pas évidemment là une règle générale. Bien des fois nous l'avons vu, dans l'intoxication d'origine thérapeutique, par exemple,

[1] Voir à ce propos les discussions intéressantes auxquelles ont donné lieu à la *Société médico-psychologique* les communications de MM. Fabret, Magnan, Bouchereau, Cotard, Charpentier, Christian (1885-1886) (V *Ann. méd. psych.*).

la plus commune encore, la morphinomanie naît d'une *accoutumance* que nous appellerons *physiologique* en ce sens que nul individu quel qu'il soit, le plus pondéré comme le moins pondéré ne pourra s'y soustraire. En pareil cas le morphinisme n'implique nullement une tare héréditaire ou autre.

Ainsi dans les cas de ce genre, chez le morphinomane de cette catégorie, le médecin légiste, appelé à formuler des conclusions se montrera sévère, car n'ayant à considérer que l'état mental dû à l'intoxication et dégagé de toute considération de terrain et de délire surajouté, il devra s'en tenir exclusivement au fait brut et de l'influence de l'intoxication sur le niveau intellectuel et moral, influence qui, quelquefois pourra atténuer, jamais faire éliminer la responsabilité d'un inculpé.

Mais la conduite à tenir ne sera plus la même, si à la base de cet état mental dû à l'intoxication prolongée, se trouve un terrain de dégénérescence, c'est-à-dire un terrain préparé de par l'hérédité à subir toutes les influences morbides mauvaises, fournies soit par l'alcool, soit dans l'espèce par la morphine. On conçoit facilement que chez un individu de ce genre, il y a une question de terrain qui forme un élément surajouté de la plus haute importance que le médecin légiste devra étudier à fond, et duquel il devra tenir le plus grand compte dans ses conclusions.

La première enquête qui s'impose donc à l'expert dans un cas de morphinomanie, c'est de rechercher avec soin les renseignements sur l'hérédité de l'inculpé : le passé et les habitudes de l'individu viennent en même degré.

Il devra fouiller avec soin l'hérédité du morphinomane, et cette notion éclairera d'une vive lumière l'état mental, fournira dès lors des données importantes au point de vue de la responsabilité. Il faudra pour cela ne pas craindre de prolonger l'observation.

Il devra rechercher avec soin les notions importantes qui

découlent le plus immédiatement des notions héréditaires, nous voulons parler des signes physiques, ce que Morel appelait les *stigmates physiques de l'hérédité.* Et pour ce, il passera en revue tous les organes, toutes les fonctions, et un examen attentif lui fournira souvent sur ce chapitre des notions de premier ordre dont il devra tenir le plus grand compte.

C'est ainsi que dans le rapport si circonstancié de M. le Docteur Motet on note une des descendantes douteuses au point de vue vésanique, ce qui ne contribua pas peu à faire demander l'irresponsabilité.

Ces recherches sont également consignées dans toutes les autres expertises, et c'est précisément en raison des résultats négatifs qu'elles ont donnés, que les experts ont pu dans ces cas, être autorisés, dans une certaine mesure à déclarer la responsabilité des inculpés.

C'est qu'en effet, cette recherche de l'hérédité donne souvent des résultats positifs, en raison même de cet axiome que nous avons formulé et longuement développé ailleurs « ne devient pas morphinomane qui veut ». L'étude attentive des faits prouve clairement que la plupart des morphiniques se recrutent parmi les anormaux, les héréditaires, en un mot, de toute catégorie, et nos observations personnelles confirment absolument cette vérité clinique : l'hérédité joue un grand rôle dans la pathogénie de la morphinomanie.

On sait de plus avec quelle facilité ces tempéraments héréditaires subissent le mauvais effet de l'intoxication.

Si en effet, l'hérédité comme l'a démontré Lasègue joue un grand rôle dans l'éthylisme, il en est de même de l'ivrognerie morphinique qui partage à ce point de vue le triste privilège de l'intoxication alcoolique.

L'*hérédité* est donc en résumé un facteur étiologique important, et au point de vue médico-légal, si un morphinique héréditaire commettait quelque délit, il doit bénéficier

d'une atténuation de responsabilité, en raison précisément de cet élément héréditaire surajouté, qui fait de l'état mental ordinaire, du morphinisme, un état mental pour ainsi dire hybride bien différent du premier.

Recherches des syndrômes épisodiques de l'hérédité. — Enfin l'élément héréditaire démontré, cela ne suffira pas, il faudra alors rechercher avec soin l'existence de symptômes qu'elle entraîne quelquefois. Il faudra rechercher avec soin dans son histoire pathologique s'il n'existe point d'état épisodique si fréquent dans la vie des héréditaires consistants surtout dans des obsessions, des impulsions conscientes il est vrai, mais irrésistibles. En un mot on devra rechercher l'existence de ces *stigmates psychiques* (Magnan) si souvent liés aux *stigmates physiques* de dégénérescence et aux notions héréditaires dont nous avons parlé plus haut.

Je ne m'étendrai pas sur la description de ces symptômes que l'on a appelés dans une nouvelle nomenclature syndrôme épisodique. Je renvoie pour cela aux leçons de M. Magnan et aux publications de ses élèves Saury [1], Legrain [2].

Or, si par un examen attentif on les découvre dans la vie d'un morphinomane, on comprend de quel jour, cette connaissance de faits impulsifs antérieurs pourrait éclairer le délit incriminé actuel ; si surtout dans l'espèce, il s'agissait, comme cela arrive souvent, de vols à l'étalage ; or, on a vu plus haut que la kleptomanie est un des syndrômes épisodiques les plus fréquemment observés dans la vie des dégénérés de toutes classes.

Mais les notions héréditaires si importantes qu'elles soient, ne sont pas les seules dont il faille s'occuper pour apprécier, pour mesurer en quelque sorte le niveau mental.

Il faut rechercher avec soin son passé, fouiller son histoire

[1] *Loc. cit.*
[2] *Loc. cit.*

pathologique, scruter ses antécédents personnels, on acquiert alors des renseignements précieux non seulement sur la tournure à donner à l'interrogatoire, mais aussi sur les les conclusions médicales qui en découlent directement.

II. — Coexistence d'un autre état toxique. — Délire alcoolique, de l'alcoolisme subaigu, du delirium tremens (ou d'autres intoxications) Ether, Chloral, Haschïch, Bromure, Cocaïne, Chloroforme, Naphte, Thé, Vanille, etc. etc.

Un point important de l'histoire de la morphinomanie au point de vue clinique et pénal, c'est l'existence d'intoxications chroniques variées qui peuvent compliquer le tableau ordinaire du morphinisme et lui donner un tout autre aspect au point de vue qui nous occupe.

J'insisterai d'une façon spéciale ici, sur cette coexistence, de terrain unique, étant donné l'intérêt extrême que prennent, tout de suite, des observations dans lesquelles le milieu ne change pas, et où les maladies, les intoxications changent seulement. On conçoit, sans qu'il soit besoin de l'expliquer, l'importance et la légitimité des conclusions que l'on tire de ces observations. Or, ce sont précisément des renseignements, des observations et des conclusions de cette valeur que donne l'étude de la coexistence de plusieurs intoxications chez le même individu.

On comprend, dès lors, que l'étude de pareils faits, ne soit pas un simple exposé de faits cliniques, mais bien une étude qui permette, en les voyant, en les comparant *chez un même individu*, d'avoir des notions beaucoup plus exactes, beaucoup plus vraies, des différentes intoxications. On comprend qu'une étude faite dans ces conditions doive aboutir à des conclusions beaucoup plus serrées, beaucoup plus légitimes que lorsqu'elle repose, comme cela a lieu dans l'immense majorité des cas, sur des faits ayant trait à des

sujets différents. Car on sait, et cet argument, bien que trop souvent mis en avant, a une réelle valeur, que chaque organisme réagit à sa manière, que dès lors, *les effets de telle et telle maladie, et dans l'espèce de telle et telle intoxication ne sont pas comparables entre eux.* Avec la question des coexistence, cet argument qui a sa valeur, il faut bien le déclarer, n'existe plus.

C'est, nous le répétons, cette considération qui rend cette étude des intoxications multiples si intéressante. Et, nous ne le cacherons pas, c'est surtout cette considération particulière et d'un si haut intérêt qui nous a engagé à étudier ici cette question des coexistences.

1° Coexistence du morphinisme et de l'alcoolisme chez le même sujet.

Il était facile de le prévoir, l'inloxication qui dans les asiles, aussi bien que dans les hôpitaux prime toutes les autres par sa fréquence, *l'alcoolisme,* est aussi celle qui s'associe le plus fréqemment au morphinisme. La coexistence du morphinisme avec l'alcoolisme est la plus fréquente, et celle dont l'étude intéressante doit tout d'abord nous arrêter.

Remarquons que cette association de l'alcoolisme au morphinisme, n'a pas seulement un intérêt clinique, mais qu'au point de vue médico-légal il est de la plus haute importance de rechercher cette coexistence.

Au point de vue de la responsabilité d'un inculpé morphinomane, il importe beaucoup de rechercher s'il n'y a pas dans sa vie des accidents d'alcoolisme qui puissent expliquer le délit, sans que l'intoxication morphinique ait besoin d'être incriminée. Nous insistons d'autant plus sur ce point que ce n'est pas ici de notre part une simple vue de l'esprit; des cas de ce genre peuvent parfaitement être l'objet d'une expertise médico-légale.

Un individu, convaincu du reste d'abuser de la morphine, se livre dans son entourage à des voies de fait, par exemple. Il est indiqué, je crois, en pareil cas, de rechercher si cet homme n'est pas par surcroît un alcoolique; ce dont on se convaincra facilement, si réellement l'éthylisme doive être alors incriminé.

Telle est selon nous l'explication de certains cas médico-légaux, confus au premier abord, comme le cas d'Hallez si discuté [1].

Or, en pareille circonstance, nous verrons qu'il est facile de dissocier ces deux éléments.

L'observation de la fille X... nous montre un exemple très net de la coexistence de ces deux intoxications, le morphinisme et l'alcoolisme. — La présence, chez elle, d'hallucinations terrifiantes de la vue (zoopsie, etc.) avec agitation et crises nocturnes, ne laisse aucun doute à cet égard. — Tremblement des extrémités digitales ; de plus, pituites matinales au réveil. Du reste ici les habitudes alcooliques, les excès de tout genre sont ouvertement avoués.

Les hallucinations portent bien chez elles le cachet de l'éthylisme, et ne peuvent pas être imputées à la morphine, elles portent au contraire la marque de fabrique de l'alcoolisme (mobilité, caractère terrifiant et professionnel), etc.

En présence de ces symptômes il ne viendra à l'idée de personne d'attribuer les hallucinations à la morphinomanie, Elles portent des caractères trop significatifs pour ne pas les attribuer exclusivement à l'alcoolisme.

Ces extraits d'une de nos observations suffisent pour montrer que dans le morphinisme, l'intoxication alcoolique peut compliquer l'intoxication morphinique et masquer même jusqu'à un certain point les troubles dus à cette dernière, ce qui

[1] V. plus haut et *loc. cit.*

présente un fait important à connaître au point de vue clinique.

Mais ici il ressort une conséquence importante à connaître au point de vue médico-légal, c'est que chez un morphinomane alcoolique, l'alcoolisme peut expliquer, comme je le disais tout à l'heure et excuser, dès lors certains actes délictueux que l'intoxication morphinique ne pourrait excuser elle seule, parce qu'elle ne l'expliquerait pas. C'est ainsi que dans cet ordre d'idée, l'alcoolisme dans la forme subaiguë, dite délire alcoolique expliquerait certains faits d'actes impulsifs que l'intoxication morphinique, dans les données actuelles de la science, n'a pas pu produire.

C'est ici que nous devons expliquer nos réserves pour cette forme que les auteurs décrivent sous le nom de *delirium tremens*, un *état* constaté dans le cours de l'intoxication morphinique, et analogue au délire alcoolique.

Delirium tremens amorphinique. — Nous ne nions pas que cette forme existe puisqu'elle est admise par des écrivains d'une haute compétence (Levinstein, Zambacco, Marandon de Montyel, etc.) Nous avouerons simplement que nous ne l'avons jamais rencontrée dans les cas de morphinisme pur que nous avons observés ; nous ne l'avons notée que dans le cas de suppression brusque, où alors le *sevrage* produit le véritable *delirium tremens morphinique* (Levinstein) avec impulsion et délire des actes, en tout comparable au delirium tremens *a potu suspenso,* éclatant chez les buveurs privés d'alcool, et que nous avons préféré appeler en raison de son origine (abstinence) *delirium tremens amorphinique.*

Mais nous l'avons surtout noté précisément dans ces cas hybrides dont nous parlons, et dans lequel l'alcoolisme joue un rôle prépondérant et doit être incriminé pour une plus large part que la morphinomanie.

C'est dans ce sens, nous l'avons vu, que nous interprétions volontiers le cas du morphinomane de Hallez dont

nous parlions plus haut. Peut-être, en dehors de sa dose de 50 centigrammes de morphine absorbée journellement, cet inculpé se livrait-il à des excès de boissons. Un accès de délire alcoolique aigu, nous expliquerait alors le fait délictueux incriminé (coups et blessures inconscients) que ne peut nous expliquer la morphinomanie (*Loc. cit.*).

Cette coexistence sera donc importante à rechercher dans le cas de morphinomanie médico-légale, d'autant que ces deux états pour des raisons que nous avons examinées plus haut existent souvent chez le même individu.

— En effet comme nous l'avons fait observer à ce moment morphinomanie et alcoolisme sont souvent l'apanage de natures spéciales et affaiblies primitivement, et qui dépourvues du courage nécessaire pour entreprendre la lutte pour l'existence, cherche un appui dans un stimulant factice. L'alcool et la morphine se trouvent être ainsi les deux termes d'une même série. Ce qui fait que ces deux états marchent souvent de pair.

— Nous avons aussi donné à ce moment la cause de cette coexistence. Longtemps, disions-nous alors, longtemps l'alcool a été le seul remède des gens cherchant l'oubli de leurs maux ou un appui dans les difficultés de la vie. Mais depuis quelques années, la morphine a été pour ces natures amollies une sorte de revélation. Pour quelques-uns, je ne parle que de morphinomanes par euphorie bien entendu, la curiosité a fait le mal ; mais pour d'autres déjà adonnés à l'alcool, ce poison ne suffisant plus à leur appétit maladif, la morphine a été regardée comme un nouvel élément donné à leur système nerveux blasé.

Outre notre observation de la fille X..., qui présente plus haut, comme nous l'avons vu, un exemple bien remarquable de cette coexistence, de cette double intoxication ; nous pourrions aussi rappeler en quelques mots une observation rapportée par Marandon de Montyel dans les annales médico-psychologiques et qui présente un exemple bien net

de cette double intoxication et de la pathogénie que nous en avons donné. Nous l'avons résumé ailleurs, nous n'y revenons pas ici.

L'existence simultanée de troubles alcooliques peut donc présenter, pour le médecin expert, un grand intérêt, parce qu'alors elle lui montre qu'en pareil cas, certains symptômes observés, notamment les accès de *delirium tremens* impulsif, doivent souvent ne pas être imputés au morphinisme, mais bien à l'alcoolisme.

On le voit, l'alcoolisme, l'absinthisme, sont les passions en même temps les plus fréquentes et les plus souvent associées au morphinisme. Ce vice, pour l'alcool, nous l'avons vu coexister avec le vice morphinique, non seulement chez l'homme, mais chez la femme. Nous venons d'en donner des observations, et nous aurions pu, sans avantage du reste pour la thèse que nous soutenons, les multiplier. Qu'il nous suffise de savoir que l'association de ces deux passions, aussi funestes, aussi honteuses l'une que l'autre, est une réalité clinique. Qu'il nous suffise de savoir que cette association, naturelle pour ainsi dire, a des causes psychologiques, a sa raison d'être dans un appétit maladif qui pousse les individus faibles à s'alcooliser et à se morphiniser, parce que tout simplement, l'alcool et la morphine sont pour eux les stimulants factices les plus connus. Je n'insiste pas sur ce point.

Mais, pour d'autres qui auront d'autres agents du même ordre sous la main, poussés par le *même désir* de donner un nouvel élément d'excitation, d'euphorie artificielle à leur système nerveux blasé, ces nouveaux agents supplanteront l'alcool et l'absinthe. Il ne faut pas chercher souvent d'autres causes à ces passions bizarres pour l'éther, pour le chloral, etc.

La source de ces nouvelles intoxications réside également dans un état mental analogue.

C'est dans cet ordre d'idées que nous allons maintenant chercher la coexistence du morphinisme avec l'éthéromanie,

le chloralisme, etc. Nous verrons qu'à la base de ces associations bizarres, de toutes ces passions artificielles réunies, comme pour l'alcoolisme, on trouve presque toujours un état cérébral particulier, et de plus un tempérament blasé auquel la morphine n'apporte plus l'excitation cherchée. C'est alors que l'on voit le morphinomane en quête d'un stimulant nouveau, tomber dans l'éthéromanie, dans le chloralisme. Nous faisons ici encore abstraction des cas dans lesquels ces intoxications ont une origine thérapeutique.

L'observation suivante que nous donnons *in extenso*, nous est une preuve de ce que nous avançons en ce moment. Mais avant, qu'il me soit permis de résumer ces considérations et de poser quelques conclusions :

Conclusions. — Pour terminer cette étude de séméiologie, de diagnostic différentiel, nous demandons la permission d'en résumer, très brièvement, les principaux points :

1° Tout d'abord, il y a, entre l'ivrognerie morphinique et l'ivrognerie alcoolique, cette différence essentielle que la privation de morphine provoque chez l'intoxiqué un état spécial, *un état de besoin*, que nous avons appelé *psycho-somatique*, qu'on ne retrouve pas dans l'alcoolisme et qui lui appartient, du reste, en propre ;

2° A l'*alcoolisme* appartiennent les hallucinations terrifiantes de la vue, les conceptions délirantes de persécution, les crises nocturnes, des troubles dyspeptiques variés dans l'ordre physique ;

3° Le *morphinisme* produit bien rarement des troubles psycho-sensoriels, à proprement parler, excepté l'*état d'abstinence morphinique* (l'abstinenz-morphine des Allemands) qui est tout différent. Les troubles dyspeptiques du morphinisme sont plutôt des troubles d'ordre névralgique et ne provoquent pas de lésions ;

4° L'amaigrissement rapide, la coloration jaune de la face

et, surtout, l'arrêt de la menstruation, chez la femme, sont les effets les plus ordinaires d'une longue intoxication par la morphine ;

5° Ces deux états (alcoolisme et morphinisme) peuvent coexister ou alterner chez le même individu.

A l'aide de quelques signes différentiels, il est souvent possible, par une analyse clinique attentive, de dissocier, chez un morphinomane alcoolique, les éléments qui appartiennent et au morphinisme et à l'éthylisme.

2° Coexistence du morphinisme et de l'éthéromanie chez le même sujet

En raison de la rareté d'une pareille coexistence en clinique, nous demanderons la permission d'entrer à ce propos dans quelques considérations, et de prendre comme pivot de la discussion une observation intéressante :

Éthéromanie et Morphinomanie. — Coexistence de deux intoxications chez le même malade. — Tout d'abord notons, pour être complet, les renseignements héréditaires et personnels de notre malade.

L'hérédité, dans les intoxications de ce genre, doit toujours être recherchée, en raison des données intéressantes qu'elle fournit au point de vue pathogénique.

Côté paternel { Grand-père, mort à quarante ans (*buveur*). Grand'mère, morte à soixante-dix-neuf ans.

Côté maternel { Grand-père, mort à quatre-vingt-un ans, cardiopathe. Grand'mère, morte à quatre-vingt-quatre ans, hémiplégique.

Père (Algérien), mort d'une angine diphtéritique à quarante-quatre ans, *buveur*.

Mère, morte phtisique à soixante-trois ans.

Un frère bien portant.

Un fils, dix-neuf ans, bonne santé. — Intelligent, mais *mauvaise tête*. — Bizarreries.

Voici les deux certificats qui ont motivé l'internement de notre malade :

Certificat d'entrée. — Aliénation mentale par suite de l'abus de la morphine.

Signé : Dr BALL.

Certificat immédiat. — Morphinisme d'origine thérapeutique, remontant à dix ans. — Métro-péritonite ancienne. — Prend actuellement 50 centigrammes de morphine.

Signé : Dr PICHON.

Comme antécédents personnels, nous notons les particularités suivantes :

Bonne santé habituelle. N'a jamais fait de graves maladies. A eu la rougeole à dix ans, très bénigne du reste. Quelques maux de gorge qui n'ont laissé aucune trace. Ablation des amygdales à quatorze ans, et, depuis cette époque, n'a plus rien éprouvé de ce côté.

Mme X... possède une bonne instruction. Elle apprenait, du reste, très facilement. Placée dans une pension à l'âge de sept ans, elle en sortit à quinze ans et demi après avoir obtenu le diplôme du premier degré; six mois après, elle obtenait le diplôme du degré supérieur. Cependant, malgré ces succès, elle présentait un très mauvais caractère. Irascible, elle ne pouvait se plier à la discipline, et s'exposait à chaque instant, aux réprimandes de ses supérieures, se mettait très facilement en colère, et ne cédait jamais aux remontrances.

Elle ne paraît pas avoir présenté à ce moment, d'attaques de nerfs. Très colère et très violente, elle s'emportait très facilement. Mais il résulte des renseignements fournis qu'elle n'a *jamais* présenté d'attaques convulsives, sous une forme ou sous une autre, pas plus à cette époque de sa vie que dans la suite. Elle n'accuse aucun phénomène hystériforme à aucun moment de son existence.

Réglée à douze ans, mariée à l'âge de dix-sept ans, contre son gré, à un homme qu'elle n'aimait pas, elle a commencé à éprouver quelques idées mélancoliques. Puis, dit-elle elle-même, elle a cherché les occasions de s'étourdir et de chasser ses idées noires. Elle courait les bals et les soirées, et

paraît, à ce moment, avoir cherché et trouvé des consolateurs. Éprise éperdument d'un jeune homme qu'elle aurait voulu épouser, sa famille le repoussa parce qu'il était épileptique.

Bien que mariée, elle rechercha toutes les occasions de le revoir. Elle le revit à plusieurs reprises dans le monde, en soirée, etc. C'est en sortant d'un bal où elle s'était entretenue longuement avec lui, que, désespérée, elle songea, en rentrant chez elle, à en finir avec la vie. — C'est alors que se place dans la vie de notre malade un épisode important qui marque son entrée dans la vie pathologique qu'elle ne devait plus quitter.

N'osant pas mettre son projet de suicide à exécution *elle eut alors, pour la première fois, l'idée de recourir à l'éther* pour y trouver l'oubli de ses maux. Les vertus enivrantes de la morphine ne lui étaient pas encore connues.

La naissance d'un enfant ne la rapprocha nullement de son mari qu'elle détestait sans savoir pourquoi. — Elle accoucha à sept mois et demi d'un enfant peu vigoureux mais qui ne présenta jamais ni tare, ni affection grave. La grossesse et l'accouchement se passèrent bien malgré l'existence fatigante qu'elle menait à ce moment.

Elle commença à recourir à l'éther dans les premiers mois de son mariage par désespoir, par chagrin d'amour, comme nous l'avons vu tout à l'heure. Elle en continua l'usage par habitude, l'accoutumance fit le reste et, au bout de deux mois de cette pratique, les abus de l'éther étaient journaliers.

Ces inhalations furent ici la seule forme d'intoxication employée. Elle n'en prit jamais à l'intérieur comme d'autres éthéromanes que nous avons connues.

Ici se place un détail très important à noter au point de vue du diagnostic différentiel des différentes intoxications : Mme X... déclare qu'elle continua l'usage de l'éther, non pas parce que la privation de ce stimulant la faisait souffrir, comme cela arrive dans l'abstinence morphinique, *mais parce qu'elle y trouvait des sensations très agréables qui lui faisaient oublier ses tourments.*

Ces inhalations avaient lieu le soir, rarement le jour. Dès qu'elle se mettait au lit, elle s'emparait aussitôt d'un flacon

d'éther. Voici alors le mode, assez singulier, d'inhalation qu'elle employait, tel qu'elle nous l'a décrit.

Elle en versait cinquante à soixante grammes dans une soucoupe qu'elle plaçait sous son menton, étant couchée. Puis, elle se couvrait complètement la tête d'un mouchoir pour que les vapeurs de l'éther ne fussent pas perdues. Elle s'assoupissait ainsi pendant vingt minutes, une demi-heure. Il lui arrivait même, très souvent, ajoute-t-elle, de dépasser cette limite, tellement les sensations qu'elle éprouvait alors lui étaient agréables.

Elle obéissait d'autant plus volontiers à ce funeste penchant à s'éthériser, qu'elle se procurait facilement son dangereux poison.

Malgré les vives remontrances de son mari cette passion dura neuf ans.

Pendant neuf années consécutives, elle fut ainsi sous le coup de l'*éthéromanie*. Nous devons toutefois faire remarquer que chez notre malade, cette passion bizarre, tout en présentant certains caractères, qui la rapprochaient de la morphinomanie, en présentait quelques autres, qui l'en différenciaient.

Comme dans bien des cas de morphinisme, la porte d'entrée avait été la souffrance morale, et le désir de s'étourdir, d'oublier, avait marqué le premier pas dans l'intoxication. Comme dans le morphinisme, Mme X..., y trouva avec l'oubli momentané de son chagrin, une sensation analogue d'euphorie.

Le cas est d'autant plus intéressant ici, et nous sommes d'autant plus autorisé à faire ce rapprochement, que notre malade comme nous l'avons dit et comme nous le verrons dans la suite, fut *ètheromane et morphinomane.*

De plus, très instruite et très intelligente, elle rend très bien compte de ses sensations qu'elle analyse fort bien. Nous devons donc nous estimer très heureux de pouvoir observer et apprécier chez une même malade les effets de ces deux poisons: la morphine et l'éther car nous devons, en raison de l'intelligence très développée de la malade, regarder les renseignements et les rapprochements fournis par elle comme très probants.

Or, elle insiste beaucoup sur ce point: dans les deux into-

xications, il y avait chez elle une sensation de bien-être, d'euphorie très appréciable, mais incomparablement moins accusé dans l'éthérisme[1]. L'éther, comme la morphine, produisait chez elle une impression agréable, mais c'était plutôt une *sensation de douce somnolence*, ne ressemblant que de très loin à la sensation de *chaleur enivrante qui lui parcourait tout le corps*, deux minutes après l'injection morphinique.

Mais un point qui mérite d'appeler toute notre attention dans le point particulier qui nous occupe : caractère distinctif des différentes intoxications — ce sont les effets produits par l'abstinence de l'éther chez notre malade, rapprochés des effets produits chez elle, dans la suite par l'abstinence morphinique.

Elle eut recours pendant neuf années, et journellement à des inhalations d'éther, mais elle y était chaque fois poussée par le plaisir que lui promettait cette ivresse, sans que jamais, à l'approche de l'heure ordinaire des intoxications, *elle éprouva de douleur physique.* Plusieurs fois même, il lui est arrivé de ne pas avoir d'éther, de ne pas inhaler son stimulant ordinaire sans éprouver la moindre souffrance. Quelques regrets et c'était tout.

Or, quelle différence avec la morphine ! nous disait la malade, elle-même, en faisant allusion aux tortures véritables que lui causait l'abstinence morphinique, et en nous parlant des souffrances qu'elle eut à endurer dans le cours du traitement par suppression progressive.

Pendant tout le cours de cette intoxication par l'éther toutes les fonctions continuèrent à s'accomplir. La menstruation si souvent atteinte par la morphine ne fut pas troublée. Et, chose curieuse, pendant tout le temps de sa grossesse, notre éthéromane continua à s'éthériser sans paraître souffrir de cette manière de faire. Cependant elle accoucha avant terme, à sept mois et demi, d'un enfant qui vit encore.

Pas de troubles, ni du côté des voies respiratoires, ni du

[1] Nous préférons ce mot d'éthérisme, car comme nous le disions plus haut, on n'y trouve pas l'impulsion irrésistible qui caractérise la morphinomanie.

côté des voies digestives. La nuit, ni cauchemar, ni rêve pénible.

La façon dont elle cessa de s'éthériser montre bien également comment l'éthérisme diffère du morphinisme.

A la suite d'un voyage à B... elle avait oublié de se munir de sa provision ordinaire d'éther et dût, à son grand regret, se passer du poison auquel elle avait recours depuis bientôt dix ans. La nuit venue, raconte-t-elle, en l'absence du stimulant habituel, j'éprouvais un grand *mécontentement*, et de l'énervement. Elle en fait alors chercher dans le pays mais comme il n'y avait pas de pharmacie elle fut obligée de s'en passer. Cette privation brusque fut accompagnée d'insomnie et d'agitation nocturne qui durèrent huit jours.

Mais, détail important à noter au point de vue du diagnostic différentiel, cette suppression ne fut accompagnée d'aucun symptôme grave; *pas de diarrhée*, *pas le moindre vomissement.* Il n'y eut pas même à proprement parler de souffrance. Un simple malaise accompagné de la perte du sommeil qui dura une huitaine de jours et ce fut tout.

On verra à propos du traitement, chez cette même malade, combien la suppression de la morphine est autrement grave, et quel cortège de symptômes alarmants, sans parler des souffrances réelles, se montra plus tard chez elle sous l'influence du traitement du morphinisme par la suppression progressive.

Il y a donc chez l'éthéromane, dans ces caractères négatifs, un fait important à noter, surtout dans la question qui nous intéresse, c'est-à-dire des intoxications multiples chez le même malade.

Revenons maintenant à l'histoire de notre malade: nous allons assister maintenant à l'évolution simultanée des plus intéressantes d'une nouvelle intoxication morphinique.

Il y avait plusieurs années que notre éthéromane se livrait avec passion aux inhalations d'éther; lorsqu'elle fut prise d'une métro-péritonite. Le médecin qui la soignait alors, gnorant qu'il avait affaire à une éthéromane en puissance

pour calmer les douleurs aiguës qu'elle présenta, lui pratiqua des injections sous-cutanées de morphine.

Étant donné l'état névropathique de Mme X... ce qu'il était facile de prévoir arriva.

L'invasion du mal présente du reste, à quelques détails près, la même marche. Les premières piqûres furent douloureuses. Puis, peu à peu, elle s'accompagnèrent d'un sentiment de bien-être. Pendant quinze jours le médecin les fit lui-même. Au bout de ce temps, la malade se les faisait elle-même, outrepassant les prescriptions et se piquant à plusieurs reprises dans la journée. Au bout d'un mois elle faisait renouveler l'ordonnance à chaque instant, souffrant déjà du plus léger retard dans l'administration de ses piqûres: *Elle était morphinomane.*

Connaissant, par ses relations, tous les pharmaciens de son quartier, elle se procurait de la morphine avec les plus grandes facilités. Aussi, au bout de trois mois, était-elle arrivée à la dose journalière de *vingt centigrammes.*

Un détail que nous devons signaler ici, c'est que connaissant parfaitement, en raison de ses connaissances et de ses fréquentations, les funestes effets de la morphine, elle resta pendant cinq ans à cette dose relativement faible.

Ce n'est pas ainsi que procède le morphinomane dans l'immense majorité des cas: le plus souvent, c'est du moins ce qui ressort de nos observations, le morphinomane arrive presque fatalement au bout de quelques mois à dépasser cinquante centigrammes; et il atteint le plus souvent un gramme.

Chez notre malade cette dose de cinquante centigrammes ne fut atteinte qu'au bout de sept ans. Pendant trois ans cette quantité ne fut pas dépassée. Et c'est à la dose journalière de cinquante centigrammes qu'elle était encore lorsque nous fûmes appelés à l'examiner *dix années* après le commencement de l'intoxication.

Pendant tout ce laps de temps, elle paraît avoir relativement peu souffert de son intoxication. Les effets se montrèrent ici beaucoup moins bruyants, beaucoup moins apparents, que dans la plupart des cas de morphinisme.

L'embonpoint n'avait pas diminué, mais l'appétit était mauvais et les digestions se faisaient péniblement.

Les nuits cependant étaient relativement bonnes. On ne trouve ici ni cauchemars, ni rêves pénibles, comme le fait, est souvent signalé chez beaucoup de morphiniques. C'est tout au plus si la malade met sur le compte de son intoxication quelques insomnies qu'elle aurait présentées.

Comme trouble physique profond, un seul point est à noter, très important du reste, en raison de sa constance, c'est l'arrêt de la menstruation dès les premiers mois de la maladie[1]. Nous tenons à indiquer ce symptôme, car nous le retrouvons chez toutes nos morphinomanes.

Ce fait qui montre, en somme, combien les fonctions de l'organisme sont touchées, malgré les apparences trompeuses nous l'avons signalé dans nos premières observations sur la question[2].

Nous l'avons recherché depuis sur les nombreuses morphinomanes que nous avons observées à la clinique, et nous l'avons *toujours* trouvé. Nous y insistons d'autant plus que ce fait n'est pas mentionné dans les auteurs qui se sont occupés de la question.

Les sens ne paraissent pas non plus avoir été touchés chez notre malade. L'ouïe, la vue étaient intactes Les dents, en bon état, n'ont présenté, à aucun moment, les altérations qu'on a signalées et que nous avons notées, nous-même, chez d'autres de nos malades.

En résumé, les différentes fonctions avaient peu souffert de cette longue intoxication. Mais, et nous arrivons maintenant au point intéressant de l'histoire de notre malade, madame X... a présenté, au point de vue mental, des particularités très dignes d'être notées.

Non pas que notre malade ait présenté des troubles psychiques bien accusés, car en dehors de l'apathie bien carac-

[1] Nous avons vu que chez elle l'éthérisme n'avait eu aucune influence sur les règles.

[1] *Encéphale*, mai 1886.

téristique et bien propre aux intoxiqués de cette catégorie et qui ne cède que devant une piqûre de morphine, elle n'a jamais présenté d'affaiblissement des facultés intellectuelles. La mémoire s'est toujours en effet, maintenue bonne. Et on n'a jamais remarqué, chez elle, les troubles psycho-sensoriels notés dans l'espèce, tels que : illusions et hallucinations de la vue, hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale, etc.

Mais, si rien d'anormal ne se montra chez elle au point de vue intellectuel, il n'en fut pas de même au point de vue des *facultés morales*. Et, cette question nous intéresse spécialement, en raison des rapports si souvent soulevés entre les questions médico-légales et le morphinisme.

C'est ici le moment d'apporter à notre assertion quelques restrictions. — Étant donné que l'état mental comprend, outre les facultés de l'intelligence, le sens moral, nous avons été trop loin en déclarant qu'à ce point de vue notre éthéromane était indemne. Car nous devons dire que bien au contraire, dans la sphère des facultés morales et affectives, Mme B..., en pleine période d'intoxication, à plusieurs reprises même, a présenté des lacunes incontestables. Nous devons même dire que dans son histoire pathologique c'est là un point des plus intéressants, en raison des considérations pratiques et médico-légales qu'il soulève. Nous ne pouvions donc le passer sous silence.

Empressons-nous d'ajouter que les faits délictueux incriminés ne doivent pas du premier coup, parce qu'il y a coïncidence avec l'éthéromanie, être mis absolument, et simplement de ce chef, sur le compte de l'intoxication. Mais, ayant été accomplis pendant que la malade était en pleine *puissance*, nous pouvons, nous devons même, les envisager dans les rapports qu'ils peuvent avoir avec la passion de l'éther. Il était de notre devoir, étant donnée cette coïncidence des délits, sinon d'y voir un rapport de causalité, du moins de les rapporter et d'apprécier la responsabilité de notre éthéromane.

Les actes délictueux seront ici d'autant plus intéressants à étudier qu'on pourra les rapprocher d'actes de même ordre commis par *la même malade* quelques années plus tard, alors que le morphinisme avait remplacé l'*éthérisme*.

Nous ne pouvons entrer dans tous les détails circonstanciés qui ont rapport à ce point noir de son existence, car ceux-ci n'ont jamais donné lieu à aucune enquête, à aucune expertise médico-légale, de sorte que, sous ce rapport, nous sommes tenu à une certaine réserve. D'autres parts, de trop longs développements seraient inutiles, d'autant que plus loin, nous serons forcé en raison des actes de même nature commis pendant qu'elle était morphinomane, quelques années plus tard, de revenir sur ce sujet.

Les faits délictueux dont il s'agit actuellement, ont été commis en assez grand nombre à ce moment de son existence pathologique : ils ont consisté surtout, en vol, faux en écriture. Il ressort des renseignements fournis par elle et venant de diverses sources qu'à l'époque de ces délits variés, elle était sous le coup de l'intoxication par l'éther ou mieux en *puissance* d'éther. La signification de cette dernière formule a été suffisamment définie, pour que nous n'y insistions pas ici.

Il est évident que Mme B..., en se retranchant derrière cet argument, avait conscience de sa valeur ; et elle espérait bien par là se laver aux yeux de son entourage (jamais, comme nous le disions plus haut, le tribunal n'a été saisi de ces faits et n'a provoqué d'expertise judiciaire, ses actes délictueux ayant tous été commis au préjudice des siens) et elle comptait bien bénéficier, aux yeux de ses parents, de ses amis, de son état d'intoxication.

Il est évident, d'autres parts, qu'il y avait chez notre malade au point de vue de la responsabilité médico-légale, à tenir le plus grand compte de son état d'empoisonnement prolongé par l'éther. Mais innocenter complètement une

éthéromane d'un vol, par exemple, serait une grave erreur de la part d'un médecin légiste.

Le système de défense de Mme B..., se ressentait du milieu dans lequel elle vivait (son mari occupait une haute profession libérale) et elle savait fort habilement, trop habilemen peut-être, tirer parti des quelques connaissances médicales qu'elle possédait. Et, en se retranchant derrière sa passion, elle déclarait implicitement, en effet, qu'elle obéissait à des *impulsions* maladives, à voler, etc., engendrées chez elle par l'abus de l'éther. Ce système de défense n'est pas nouveau du reste ; c'est celui employé par les femmes grosses, par les intoxiqués de toutes sortes, les *alcooliques* et les *morphinomanes* surtout. Mais, s'il n'est pas nouveau, il n'en a pas plus de valeur pour cela. Les tribunaux commencent heureusement à avoir des idées très nettes sur la responsabilité des délinquants en pareil cas ; et les jugements rendus actuellement dans cet ordre d'idées sont une preuve que les magistrats apprécient à leur juste prix les arguments de cet ordre. On connaît mieux maintenant les folies *puerpérales* et *toxiques*, même dans les milieux dont nous parlons [1], du moins

[1] La possibilité que possède depuis quelques quinze ans les magistrats et les avocats de pénétrer sur la présentation de leurs cartes dans les asiles d'aliénés, a produit d'excellents résultats. La faculté qu'ils ont maintenant de suivre les visites et les cours cliniques donne de très bons effets. On est en effet étonné, quand on a suivi quelques débats de voir avec quelle compétence, au sujet des délits de cet ordre, sont tranchés certains points de responsabilité pénale. Je ne puis parler bien entendu que des délits de *police correctionnelle*, où ce sont les *magistrats* qui sont appelés à statuer sur le fait incriminé. Combien quand les faits de même nature viennent en *cours d'assises*, les interprétations changent de *mesure!* C'est qu'en effet le jury, institution admirable d'ailleurs, n'a pas à beaucoup près, il faut bien le dire, au point de vue particulier qui nous occupe, et ne peut pas avoir la compétence du tribunal, des *magistrats*, dont quelques-uns, il faut avoir le courage de ne pas le cacher, sont même plus versés dans ces questions *spéciales* que certains d'entre nous.

G. Pichon.

dans leurs rapports avec la responsabilité médico-légale.

On sait (et on s'appuie pour cela sur des faits cliniques maintenant assez nombreux), que les *impulsions*, à part quelques cas particuliers très rares dont nous parlerons, et si souvent invoquées par les inculpés de cette catégorie n'existent pas plus dans les *états toxiques* que dans la grossesse. Et toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un argument de cet ordre, il faudra se tenir sur la plus sage réserve. Toutes les fois, aussi bien dans l'alcoolisme que dans l'absinthisme, aussi bien dans l'absinthisme que dans le morphinisme, et l'éthérisme n'échappe pas à cette règle, toutes les fois qu'un *intoxiqué quelconque*, en un mot, inculpé d'un fait délictueux quelconque, viendra mettre l'acte incriminé sur le compte d'une impulsion provoquée par un état toxique, il faudra se tenir sur ses gardes;

Car, pour l'immense majorité des cas, les faits d'impulsions invoquées dans les différentes intoxications sont simulées pour les besoins de la cause.

Et cette formule est vraie pour tout ce qui concerne les passions dont nous avons parlé, depuis l'alcoolisme jusqu'à la cocainomanie, en passant par la morphinomanie et l'éthéromanie. Elle doit être considérée comme vraie, car elle s'appuie sur toutes les expertises médico-légales que nous avons étudiées.

Il est évident que l'éthéromanie rentre dans la règle générale. Jamais, du reste, en nous appuyant sur les faits signalés dans les auteurs, en nous basant sur nos observations, l'usage de l'éther, même longtemps continué (chez un de nos malades, cette passion remontait à neuf années), n'a donné lieu à des impulsions *de quelque ordre qu'elles soient.*

Pourquoi alors ces impulsions qu'on n'observe jamais et qu'on n'a jamais observées en *clinique* se rencontreraient-elles seulement pour consulter le mal, se rencontreraient-elles uniquement *dans la pratique médico-légale ?* Il est évi-

dent qu'elles sont alors invoquées pour les besoins d'une mauvaise cause.

Leur existence a cependant été admise autrefois par un certain nombre de médecins. Il importe donc d'être bien fixé sur ce point important de médecine légale, et de ranger, en s'appuyant sur la clinique, une fois pour toutes, au rang des erreurs, des idées d'un autre âge, les *impulsions* dans les délires toxiques, dans les intoxications [1].

Dans le cas particulier qui nous occupe, lorsque Mme B..., pour se disculper de ses délits, invoque des impulsions irrésistibles, il est donc évident qu'il n'y a à tenir aucun compte de ses allégations. Nous devons ici faire quelques réserves cependant : l'éthéromanie ne suffit pas à expliquer chez notre malade les actes dont il s'agit, mais plus tard, lorsqu'elle sera devenue morphinomane, elle commettra de nouveaux vols : nous verrons qu'alors les *circonstances toutes particulières* dans lesquelles ils auront été commis, et sur lesquelles nous insisterons, ne seront plus les mêmes, et qu'elles viendront exonérer complètement l'inculpée.

Il est donc avéré que, contre son dire, Mme B... n'a pas cédé à des impulsions irrésistibles, engendrées par l'usage journalier de l'éther ; mais cependant si elle avait été soumise à ce moment à des expertises médico-légales, l'expert, se basant, non plus il est vrai sur son éthéromanie, mais bien sur son état cérébral de déséquilibration mentale, et sur sa tare héréditaire, n'aurait pu la déclarer entièrement responsable de ses actes.

[1] Il est bien évident que nous donnons ici à ce mot *impulsion*, le sens qu'on lui donne, en médecine mentale judiciaire, c'est-à-dire de *tendances irrésistibles et conscientes* à commettre tel ou tel acte. C'est là du reste la seule signification vraiment scientifique du mot : C'est par un abus de langage regrettable qu'on a appliqué en pathologie mentale la dénomination d'impulsions aux actes de brutalité inconsciente de l'aliéné qui frappe, déchire ses vêtements, etc.

G. Pichon.

Cette dépravation morale de son existence n'a ainsi qu'un rapport de coïncidence avec son intoxication ; mais nous devons l'indiquer et l'apprécier dans ses rapports avec l'état toxique coexistant, ne fût-ce que pour arriver à un résultat négatif qui a son importance clinique.

De même, pour ce qui a trait au traitement de cette malade, nous renvoyons cette partie de son histoire au chapitre du *traitement.*

Qu'il nous suffise de dire ici que, soumise à la suppression progressive, elle sortit de l'asile, complètement guérie, le 7 juin 1887.

Ce que nous tenons seulement à faire ressortir ici, c'est la coexistence chez une seule malade de deux intoxications, l'éthérisme et le morphinisme, c'est l'évolution simultanée de deux affections ayant entre elles la plus grande ressemblance, et dont les éléments peuvent cependant être dissociés par l'examen attentif des symptômes.

La symptomatologie permet, en effet, de faire la part de ces deux états. Dans l'un, dans l'éthérisme, même après une longue pratique, ces symptômes sont légers. Dans l'autre, dans le morphinisme, bien que nous n'ayons pas eu ici une intoxication profonde, l'aspect symptomatique se montre tout de suite, beaucoup plus grave.

C'est ainsi qu'à ce moment, dont rend très bien compte la malade, où les deux passions empiètrèrent l'une sur l'autre, la menstruation, ce *criterium*, chez la femme, d'un bon état général, nullement influencée par les abus de l'éther, fut supprimée au bout de deux mois seulement d'injections morphiniques.

Dans un autre ordre d'idées, on ne saurait trop insister aussi sur les déclarations d'une malade qui fût à même d'apprécier les résultats et de la suppression des inhalations d'éther et de la suppression des injections morphiniques, puisqu'elle eut à subir les deux, qu'elle put comparer.

Or, comme nous l'avons vu, contrainte, par l'absence de pharmacien dans le pays où elle se trouvait, à se passer d'éther, cette privation ne fut accompagnée d'aucune souffrance physique; tandis que, au contraire, comme nous le verrons, lorsque nous raconterons les péripéties de sa guérison au chapitre du *traitement*, ses souffrances atteignirent leur apogée lorsqu'elle fut sous le coup de l'*abstinenz-morphine.*

Nous devons donc voir dans cette souffrance si vive, qui accompagne chez l'individu, habitué depuis longtemps à l'usage de la morphine. la privation du stimulant habituel, un caractère, appartenant en propre au morphinisme, et qu'on ne retrouve plus dans les intoxications analogues. Nous venons de voir que chez Mme S... la privation de l'éther, qu'elle avait l'habitude d'inhaler depuis de longues années, ne produisit pas de douleur. Si maintenant on rapproche le morphinisme des intoxications les plus habituelles des malades de nos asiles, on voit que le morphinisme en diffère encore.

Jamais, par exemple, parmi les nombreux alcooliques que nous avons vus à la Clinique, quelle que soit la forme présentée par eux, jamais nous n'avons vu un seul malade accuser, lorsque l'internement venait mettre un terme brusque à ses libations journalières, la plus petite souffrance.

Le delirium tremens a potu suspenso est évidemment une des manifestations de la cessation brusque d'habitudes alcooliques invétérées; mais il n'a rien de comparable, au point de vue des souffrances du moins, bien qu'on ait fait ce rapprochement, avec l'abstinenz-morphine et, ce fait est si vrai que, dans ce cas, on ne voit aucun de ces accidents si caractéristiques : diarrhée, vomissement, abaissement de la température et diminution des pulsations, qui accompagnent fatalement la suppression de la morphine, et qui annoncent aux yeux les moins clairvoyants que l'organisme est alors profondément touché. Et puis enfin, on ne voit que dans le

morphinisme, la mort suivre quelquefois le retrait de l'agent d'intoxication ordinaire. Il en est de même de l'intoxication par l'absinthe. A-t-on jamais vu, dans l'absinthisme, la privation du stimulant entraîner à sa suite les souffrances dont il s'agit en ce moment. Je sais bien que le buveur d'absinthe, habitué à absorber depuis de longues années une dose journalière de poison éprouvera les plus grandes difficultés à se corriger de ses habitudes ; si, par les effets d'une contrainte quelconque, l'internement, par exemple, il se trouve subitement privé de sa boisson favorite, je sais bien qu'il éprouvera un réel malaise. Nous avons eu souvent, à ce sujet, les confessions de buveurs d'absinthe, que leur séquestration à la Clinique mettait quelquefois dans un certain état anxieux assez caractéristique ; et on est même obligé, en pareil cas, d'avoir recours pour leur donner le change, à des stimulants factices : boissons et tisanes fortement amères, hydrothérapie, etc. Mais jamais il ne viendra à l'idée du médecin qui a assisté, et à cet *état de disette* des absinthiques assez peu bruyant, et à l'épouvantable tableau du morphinomane en privation, de comparer ces deux états, et même d'établir entre eux le moindre rapprochement.

Il y a donc, je le répète, dans le tableau des souffrances du morphinomane, un cachet *sui generis*, qui fera toujours de l'intoxication par la morphine un état bien spécial, qui ne peut être comparé, sous ce rapport, à aucune autre intoxication artificielle. Je dois dire cependant, que d'après quelques auteurs (car notre expérience personnelle ne nous permet ni d'appuyer ni d'infirmer la vérité de cette assertion), d'autres intoxications chroniques se rapprocheraient du morphinisme, à un degré plus faible, il est vrai.

Je ne fais pas allusion, en ce moment, bien entendu, ni aux fumeurs d'opium, ni aux thériaquis ou mangeurs d'opium; il est évident que, pour le point particulier qui nous occupe, tous ces intoxiqués divers, ne sont, après tout, que des variétés d'une même famille, et tous soumis au curieux phé-

nomène de l'*abstinenz-morphine* dont il s'agit. Je veux parler, en ce moment, de ces nouvelles intoxications qui vont en se multipliant tous les jours et dont j'ai parlé plus haut : bromisme, cocainisme, théisme, vallinisme, chloralisme, etc. etc. Quelques auteurs prétendent que la suppression de l'agent stimulant, dans toutes ces intoxications bizarres, ne peut se faire sans provoquer quelques souffrances.

Nous ne sommes pas à même de contrôler une pareille assertion, les faits nous manquent. Mais, pour ce qui est du chloralisme, nous serions, en effet, très disposé à admettre quelque chose d'analogue, sans que, bien entendu, nous songions pour cela le moins du monde à assimiler ces deux états.

Voilà, je crois, les conclusions que nous pouvons tirer de notre longue observation et des considérations qui l'accompagnaient. Il nous reste à dire ce qu'est devenue la malade qui fait le pivot de cette discussion.

Mme B..., après avoir été successivement éthéromane, morphinomane, puis simultanément éthéromane et morphinomane, voyant bien que les funestes résultats de sa passion et de cette double intoxication ne pouvaient manquer d'apparaître à un moment donné, prit le parti de se soumettre à un traitement régulier.

Entrée dans ce but dans un hôpital du centre, ce qu'on pouvait prévoir arriva : elle trompa le médecin. C'est alors qu'elle fut dirigée sur la clinique de l'asile Sainte-Anne, en 1887.

Après un traitement par suppression progressive et des péripéties que nous avons longuement rapportés ailleurs, elle sortit complètement guérie et de son éthéromanie qui céda du reste sans aucun incident, et de son morphinisme. Se rappelant les dangers que lui avait fait courir sa passion elle sortit, bien décidée à ne plus tomber dans ses errements passés.

Et cependant, malgré toutes ses promesses, malgré toutes

ses bonnes résolutions, nous devons faire ici de grandes réserves. D'un tempérament profondément névropathique, elle appartient, d'ailleurs, de par son hérédité, à cette grande classe d'individus dont nous parlerons plus loin, et qui fournit un si large tribut à toutes ces passions artificielles si bizarres. Il y a donc lieu de redouter ici une récidive, à une échéance plus ou moins éloignée.

Conclusions. — Cette observation d'éthéromanie et de morphinisme évoluant chez une même malade, présente, on le voit, des considérations diagnostiques intéressantes.

Sans qu'il soit besoin d'entrer dans de longs détails, on saisit ainsi d'un seul coup d'œil les analogies et les différences que peuvent présenter ces deux passions. Et comme ici le terrain ne varie pas, on comprend que les conclusions soient bien plus rigoureuses que si l'on avait affaire même à des cas nombreux de l'une et de l'autre.

Aussi les conclusions suivantes, qui résument ces longues considérations, nous paraissent absolument légitimes :

1° L'intoxication par l'éther, tant au point de vue physique qu'au point de vue psycho-sensoriel, s'accompagne de symptômes beaucoup moins graves que le morphinisme ;

2° L'usage fréquent de l'éther développe peu à peu l'*éthéromanie*, c'est-à-dire une passion qui pousse à abuser journellement de l'éther ;

3° Mais la passion pour l'éther — la coexistence de ces deux intoxications chez nos malades en fait foi — ne s'accompagne pas, à beaucoup près, de l'*irrésistibilité* à rechercher le stimulant, que l'on trouve dans le morphinisme ;

4° Cette différence se retrouve dans l'*état de privation*. L'état de privation de l'éthéromane diffère considérablement de l'*état de besoin* du morphinomane, tant au point de vue mental, où l'on ne trouve ni l'angoisse ni l'anxiété si caractéristique de l'*abstinenz-morphine*, qu'au point de vue physique où l'on ne trouve pas les accidents graves qui peu-

vent succéder à la suppression de la morphine (vomissements, diarrhée, hypothermie, frisson, quelquefois même le collapsus et la mort);

5° La responsabilité médico-légale n'est pas la même non plus à beaucoup près dans ces deux intoxications. L'éthéromanie ne pourra *jamais* être invoquée comme entraînant l'irresponsabilité d'un inculpé. Dans la grande majorité des faits, il est vrai, il en est ainsi du morphinisme. Mais dans une hypothèse au moins, *que nous avons bien précisée*, la morphinomanie doit être une cause d'irresponsabilité.

L'observation suivante, concernant un malade que nous suivons depuis fort longtemps, et que nous donnons en résumé, démontre que la privation du stimulant provoque, chez l'individu adonné au chloralisme, un état particulier.

Cette observation est intéressante en ce que, comme précédemment, elle montre, de plus, l'alliance de deux intoxications : *du morphinisme et du chloralisme*, évoluant en même temps ou alternant chez le même individu; ce qui fait ressortir encore davantage le point en question.

Pour ces deux raisons, cette observation trouve bien ici sa place, au chapitre des coexistences; mais nous devons, auparavant, entrer dans quelques considérations générales.

3° Chloralisme et morphinisme. — Leur association chez le même malade.

Quand, vers 1875, on apprit, par les premiers travaux qui parurent sur le sujet, qu'il existait une affection bizarre, que Fiedler désignait sous le nom de *morphinomanie* (1874), on était loin de penser que cette triste passion pour la morphine[1]

[1] Lœhr (*In Psychiat. Verein.* — Berlin, 15 juin 1871, *Martin* (*Philos. med.*, *Times* 1874), *Mattison* d°, et surtout *Fiedler*, qui le premier donna à la maladie le nom de *morphinomanie* (morphiumsucht) et Chouppe (*Gaz. méd.*, 1874), sont les premiers auteurs qui signalent en effet la passion pour la morphine. Les travaux de Levinstein ne commencent qu'en septembre 1875.

devait être le prélude d'une série d'états toxiqués, dont beaucoup puisaient leur origine en dehors de l'intervention médicale ou thérapeutique. C'est qu'en effet, à la base de toutes ces intoxications, de tous ces appétits bizarres, il y a autre chose que l'agent toxique, et ce *quelque chose* c'est l'*état mental* de l'intoxiqué lui-même. Autrement dit, ce qui contribue de nos jours au développement de tous ces délires toxiques, ce qui explique leur tendance à se multiplier dans une proportion effrayante, c'est que les terrains favorables à leur éclosion se multiplient aussi dans des proportions également redoutables.

Telle est, selon nous, l'explication de l'accroissement considérable non seulement de ces passions maladives, mais de leurs formes, à un tel point que l'énumération à elle seule exigerait de longs développements. Et, dans une étude complète de tous ces états, à laquelle nous avions songé un moment, nous avons été arrêté dès le début, car en consultant la littérature étrangère, nous nous sommes convaincu que leur nombre s'accroît toujours.

Et une preuve qu'il y a dans le développement et surtout dans la multiplicité de ces passions toxiques autre chose que l'agent d'intoxication, c'est que, longtemps dues à une intervention thérapeutique intempestive, bien souvent actuellement cette origine ne peut être invoquée, et le seul coupable est alors l'intoxiqué lui-même, sans que cette fois le médecin puisse être incriminé en quoi que ce soit L'étiologie *par euphorie* est même arrivée, dans certains milieux sociaux, où la morphinomanie sévit avec fureur, à être l'origine exclusive du mal.

Je sais bien que, dans ces conditions, dans les différents cas où ces passions n'ont pas une origine médicale, on a incriminé et avec juste raison l'influence pernicieuse de l'exemple, le désir de s'étourdir, de chercher un stimulant qui manque, etc. etc. Toutes les causes qu'on a données sont réelles et doivent évidemment entrer en ligne de compte, et

loin de nous l'intention de nous inscrire en faux contre les nombreuses observations de nos devanciers à ce sujet. Mais nous croyons qu'au-dessus de tout cela, en dehors de l'origine *thérapeutique* et *euphoristique*, en dehors de toutes les causes rapportées par les auteurs, nous pensons qu'il y a le plus souvent un grand facteur qui domine toute la question pathogénique des intoxications et de tous les états toxiques quels qu'ils soient, et auquel ressortissent du reste la plupart des autres éléments étiologiques : ce facteur, c'est l'état *mental spécial* du sujet. Nous définirons et nous développerons plus loin, dans un chapitre spécial, les caractères, la nature, de l'état en question, et le *modus faciendi* de l'invasion.

Pour l'instant, nous devons nous contenter d'indiquer sommairement les raisons qui expliquent la multiplicité toujours croissante des passions toxiques. Et le *chloralisme* qui va maintenant nous occuper n'échappe pas à ces causes.

Cette affection, qui offre de nombreux points de ressemblance avec le morphinisme, était en effet absolument inconnue il y a seulement quelques années. On avait bien signalé des empoisonnements aigus, des empoisonnements chroniques même, mais qui n'avaient aucun des caractères du chloralisme, tels qu'on les a décrits depuis chez quelques rares malades.

En effet, pour qu'il y ait intoxication, au sens propre que nous donnons ici à ce mot, il faut qu'il y ait de la part du sujet, impulsion *contractée par l'habitude et l'abus* à recourir quotidiennement à des doses progressivement croissantes de l'agent toxique. La caractéristique surtout de l'intoxication telle que nous les comprenons, c'est l'*état de besoin* provoquée par la privation, par le manque de l'agent en question.

C'est bien là le cachet des états que nous décrivons : sans *état de besoin* il n'y a pas *délire* toxique, il n'y a pas tout au moins intoxication.

Si ces facteurs manquent, on n'a plus affaire qu'à un *empoisonnement* vulgaire qui n'a rien de commun avec les états que nous décrivons. C'est là un point sur lequel nous tenons beaucoup à insister, et sur lequel nous insistons toujours dans notre service pour bien montrer la différence qu'il y a entre des affections bien véritablement *mentales* et des états purement physiques qui ne sont plus de notre ressort et dont la symptomatologie est du reste depuis longtemps fixée. Aussi tenons-nous dès maintenant à bien fixer les deux grands caractères différentiels qui séparent dans l'espèce le chloralisme — c'est chloralomanie que nous devrions dire pour mieux rendre la signification clinique de la maladie — de l'empoisonnement simple par le chloral, aigu ou chronique, qui ne ressemble nullement à la passion pour le chloral.

Le chloralisme, tel que nous le comprenons ici, est la passion qui pousse certains sujets à abuser du chloral comme d'autres abusent de la morphine. Ainsi comprise, elle est une affection bien peu commune. Les malades qui sont placés sous le coup de ce nouvel état toxique, comme les morphinomanes, comme les éthéromanes, lorsqu'ils sont entrés dans la maladie, lorsqu'ils ont contracté leur funeste habitude, ne peuvent plus se passer de leur stimulant ordinaire, sans s'exposer à des souffrances réelles, à des accidents véritables. De plus, l'individu adonné au chloral est forcé, pour retrouver toujours la même stimulation factice, de recourir à des doses *progressivement croissantes*. Car cette *progression* dans les doses est un des caractères différentiels très important, et, pour ainsi dire, le cachet des états toxiques qui nous occupent en ce moment; elle les distingue d'autres intoxications comme l'alcoolisme, l'absinthisme, avec lesquelles elle établit une barrière très nette. C'est aussi ce même symptôme qui entraîne la gravité du pronostic en pareil cas et produit en si peu de temps quelquefois la cachexie morphinique, chloralique, etc. Nous devons à la

vérité de dire que cette progression dans les doses ne suit pas, à beaucoup près, dans le choralisme, des proportions aussi fortes que dans le morphinisme.

Quoi qu'il en soit de ses analogies avec le morphinisme, le chloralisme présente des considérations intéressantes dans ses rapports avec les intoxications et les passions toxiques en général, et mérite à ce titre d'arrêter notre attention.

Cette maladie, née d'hier et qui présente, comme nous le disions, de nombreux points de contact avec les deux passions que nous venons d'étudier, le morphinisme et l'éthérisme, est heureusement une rareté clinique; et les quelques cas que l'on peut trouver dans les auteurs ont presque tous pour origine exclusive l'intervention thérapeutique, contrairement aux deux affections précitées sur l'origine euphoristique desquelles nous avons longuement insisté.

Nous avons cependant eu l'occasion de pouvoir étudier à loisir trois faits d'intoxication chronique par le chloral qui avaient revêtu dans l'espèce absolument les caractères de véritables passions *chloraliques*.

De plus, chez les trois malades que nous avons observés, la passion pour le chloral n'était pas isolée, et s'aggravait par suite d'un hasard clinique, dans les trois cas, d'une morphinomanie rebelle.

Ces trois observations, grâce à cette coexistence, rentrent donc absolument dans le cadre de notre étude, et présentent dès lors, au point de vue de l'exposé et de la discussion de la séméiologie différentielle, d'incontestables avantages.

Nous avons vu en effet dans les chapitres qui ont précédé, que c'est précisément pour éviter des développements interminables que nous avons été guidé dans le choix de notre sujet: en ne prenant parmi les intoxiqués que nous avons pu observer que les observations dans lesquelles plusieurs états toxiques coexistaient chez le même individu, nous sommes arrivé certainement à réduire l'histoire des délires toxiques à leurs plus justes proportions; mais nous avons surtout

voulu éviter des répétitions qui n'auraient pas manqué de se produire, si nous avions voulu décrire séparément tous ces états toxiques. La concision a certainement gagné à notre manière de faire sans préjudice cependant, nous le pensons du moins, de la vérité clinique.

Nous avons été servi à souhait, nous devons le dire, par les hasards de la clinique qui ont livré à notre observation dans l'espace de deux années une série de faits concluants au point de vue des délires toxiques multiples.

C'est ainsi que les trois seules observations de passion pour le chloral qu'il nous a été donné d'étudier dans notre service se rapportent à des *chloraliques*, qui par surcroît étaient des *morphinomanes* avérés, circonstance très favorable pour notre étude.

Les observations de ce genre nous évitent en effet la nécessité de recueillir d'autres faits et de les opposer aux premiers. Et en mettant ainsi dans une vue d'ensemble pour ainsi dire tous les éléments d'un diagnostic différentiel, cette sorte d'exposé synthétique de nuire en aucune façon à la valeur des conclusions leur donne plus de netteté et plus de force.

Nous allons donc, selon la manière de procéder que nous avons adoptée jusqu'ici, donner maintenant l'histoire de nos deux chloraliques, en les accompagnant, au fur et à mesure de la discussion, des considérations qu'elles comportent, et en les faisant suivre d'un résumé diagnostic, comme précédemment.

Chloralisme et morphinomanie alternant, puis coexistant chez le même individu. — Déséquilibration mentale concomitante. — Effets produits par la suppression du stimulant habituel. — N..., 32 ans, à la suite de causes assez obscures (N... a toujours été très sobre de renseignements) mais qu'il est permis de ranger parmi les causes thérapeutiques et morales tout à la fois, en est

arrivé à se pratiquer journellement de nombreuses injections hypodermiques de morphine.

Nous regrettons du reste, que, faute de renseignements qu'il nous a été impossible de nous procurer, cette observation, sous bien des faces, reste forcément incomplète.

C'est ainsi que nous n'avons pas pu savoir au juste, ce malade appartenant à la clientèle privée, à quelle dose journalière de morphine il était arrivé, mais il nous est néanmoins permis de penser que cette dose atteignait un chiffre assez élevé, et qu'il se pratiquait ses injections assez régulièrement *trois* fois par jour, comme beaucoup de morphinomanes, du reste.

Les effets de l'intoxication morphinique se manifestèrent surtout chez lui du côté des fonctions de nutrition. En quelques mois, bien que doué autrefois d'un moyen embonpoint, il était devenu d'une maigreur extrême, qui frappait tout d'abord les yeux lorsqu'on l'observait. De plus, les pommettes saillantes se couvraient de temps à autre de ces plaques violacées, que nous avons retrouvées chez plusieurs autres morphinomanes et auxquelles nous accordons une certaine valeur diagnostique. On les remarque au moment où le morphinique est dans l'attente de sa piqûre habituelle, ce qui arrive surtout lorsque, pour des raisons de convenance, de bienséance, ou pour tout autre motif, il est moralement forcé d'ajourner ses injections et d'attendre. D'autres parts, des diarrhées quelquefois très tenaces, signe important également et qu'on retrouve assez souvent chez d'autres intoxiqués, accompagnaient chez lui le moindre retard dans les piqûres. Nous ne devons pas non plus omettre, dans cet ordre d'idées, dans les troubles de la nutrition générale, quelques troubles digestifs; mais, par-dessus tout, nous devons noter un signe précieux, non seulement parce qu'on le retrouve chez beaucoup de morphinomanes, mais surtout précisément parce qu'il dénote une intoxication de longue date, je veux parler d'une fétidité de l'haleine extrêmement prononcée, dont les causes précises nous échappent.

Tels sont les troubles somatiques les plus saillants, dus à l'influence prolongée de la morphine chez notre malade, mais

dans l'ordre psychique cette longue intoxication avait aussi imprimé son sceau indélébile. Non pas, ce qui est rare du reste, que N... présentât des hallucinations et de véritables conceptions délirantes, mais son état mental a subi un changement notable. On sait, en effet, combien le véritable délire est rare en pareil cas ; ce qui établira toujours un caractère différentiel de la plus haute importance entre le morphinisme et l'alcoolisme, quelle qu'en soit la variété : l'alcoolisme subaigu, par exemple, peut très bien, dans l'espèce, servir de point de comparaison ; d'autant que, de tous les délires provoqués par l'alcool, cette variété, décrite par Lasegue, est incontestablement, du moins dans les services qui par suite des règlements sont appelés à posséder les aliénés au début de leur séquestration comme l'Admission et la Clinique des Maladies Mentales, de beaucoup la plus fréquente. J'ajouterai qu'elle est une forme nette, ayant un cadre et des limites précises.

Or l'alcoolisme subaigu a tous les caractères, de la folie telle qu'on doit la comprendre : hallucinations et conceptions délirantes variées.

Le morphinisme au contraire, au point de vue psycho-sensoriel, ne présente que des phénomènes négatifs, c'est tout au plus si on y trouve des crises nocturnes qui ont quelque ressemblance avec les cauchemars et les hallucinations de l'alcoolisme.

Est-ce à dire qu'au point de vue mental, le morphinisme, la morphinomanie, ne présentent rien de spécial ?

Evidemment non, car l'état mental des morphinomanes présente au contraire des caractères intéressants et bien spéciaux. Seulement on a le tort, surtout dans la médecine extra-aliéniste, de confondre ces deux états si différents, aussi différents que la température et la toux, en clinique ordinaire : l'état mental et l'état délirant. C'est parce qu'on a confondu ces deux ordres de symptômes, qu'on a apporté la plus grande confusion dans la discussion, dont nous nous

sommes occupé ailleurs, qui portait sur la question de savoir si, oui ou non, la morphinomanie était une psychose, était une folie.

Or, la question, ramenée à ces termes, est fort simple : la morphinomanie n'est pas une affection délirante ; ce n'est pas une folie, comparable, par exemple à l'alcoolisme, qu'on peut appeler folie alcoolique, délire alcoolique ; tandis qu'on ne pourrait jamais employer, dans cet ordre d'idées, les termes folie morphinique. Et cela, pour les raisons que nous venons de passer en revue, parce qu'il est impossible d'y trouver les caractères assignés au délire, à la folie, c'est-à-dire des troubles psycho-sensoriels, hallucinations et conceptions délirantes diverses. C'est là, du reste, un rapprochement intéressant et instructif que nous avons fait lorsque nous avons traité, quelques pages plus haut, la coexistence des intoxications morphinique et alcoolique chez le même malade.

Examinée dans ce sens, on le voit, cette question de savoir si la morphinomanie est ou non, une psychose, devient très claire. Elle est ramenée à une simple question de définition : Les termes *psychose*, *délire* et *folie* étant ainsi définis, exigent donc des caractères précis, qui, nous l'avons démontré, manquent chez l'individu intoxiqué chroniquement par la morphine, et ne peuvent dès lors convenir à cette intoxication.

Reste l'état mental. Y a-t-il dans le morphinisme un état mental spécial ? La pratique longtemps continuée des injections morphiniques imprime-t-elle une modification quelconque aux facultés mentales et au fonctionnement de ces facultés ? Nous ne craignons pas ici, en nous appuyant sur des observations cliniques nombreuses, d'affirmer que, s'il n'y a pas de délire morphinique, de folie morphinique, en prenant les expressions délire et folie au pied de la lettre, il y a dans l'intoxication chronique un état mental spécial. Il y a dans l'empoisonnement chronique par la morphine, un trouble des facultés mentales, une modification des facultés

morales et affectives, un affaiblissement de toutes les facultés en général, qui justifient pleinement les dénominations généralement acceptées de morphinisme, de morphinomanie, avec les réserves, toutefois, que nous avons émises à ce sujet. Il y a, chez les morpihniques, des modifications de l'état mental, pour résumer d'un mot cette digression, qui justifient pleinement, chez eux, bien qu'il n'y ait pas folie, bien qu'il n'y ait pas délire à proprement parler, qui justifient pleinement leur admission dans un asile d'aliénés ; il y a chez eux, dans le domaine des différentes facultés mentales, des troubles suffisants pour donner raison aux auteurs qui, comme nous, rangent franchement le morphinisme parmi les affections que l'on doit étudier quand on étude l'aliénation mentale.

Je demande pardon de tant insister sur cette question si discutée de savoir s'il y a, ou non, dans la morphinomanie un état délirant, s'il y a, ou non, dans la morphinomanie un état mental spécial. Si j'insiste tant sur ce point c'est qu'il y a ici autre chose qu'une question de doctrine. En effet sous la question de doctrine, se cache, comme nous allons le voir, une question de pratique de la plus haute importance, toute nouvelle et non prévue par l'ancienne, ni même par la nouvelle loi ; je veux parler de l'intervention, du traitement des morphinisés [1]. Peut-on, doit-on interner cette catégorie de malades dans un asile d'aliénés ? Et c'est peut-être là, dans toute l'étude clinique et médico-légale du morphinisme, le point pratique le plus important, sur lequel tout médecin praticien, quel qu'il soit, peut être appelé à statuer. On nous excusera donc de chercher à éclaircir ce point toutes les fois que l'occasion se présentera. Or l'observation de N..., croyons-nous, autorise précisément tout à fait cette digression comme nous allons le voir tout à l'heure.

[1] Au moment où nous écrivions ces lignes, le projet de la nouvelle loi était encore en discussion au Sénat. Depuis, la Chambre haute, dans un article additionnel (art. 16), a prévu les placements auxquels nous faisons allusion.

Tous les troubles de l'état mental, chez ces malades, qu'ils consistent en affaiblissement simplement ou en perversion des facultés, nous autorisent à regarder cette affection comme une maladie de l'esprit, comme une maladie mentale en un mot, au même titre que l'alcoolisme. Ceci est une réponse à M. Erlenmeyer, qui, à propos d'un article paru dans l'*Encéphale* et dans lequel nous préconisions hautement l'admission des morphinomanes dans un asile d'aliénés, pour les raisons précédentes et pour des *raisons de salut*, nous prenait fortement à partie en nous reprochant ces conclusions. Je n'entrerai pas, ici, plus avant dans cette discussion si importante et dans la justification de cette manière de voir ; j'ai montré ailleurs, dans ce livre même, en répondant aux arguments du médecin allemand, que le morphinisme, par un état mental spécial, que je n'ai pas à décrire ici, mais que caractérisent surtout des impulsions irrésistibles à prendre de la morphine, doit être regardé comme étant du domaine de l'aliénation mentale ; j'ai montré ailleurs, qu'à ce titre, les morphinomanes non seulement pouvaient être, mais devaient être internés. Je m'appuyais surtout, étant, en cela, en opposition avec un grand nombre de médecins, en demandant la séquestration des morphinomanes dans un asile d'aliénés, sur l'intérêt direct du malade. En effet, j'ai prouvé alors, que l'internement dans un asile d'aliénés, loin d'être une mesure arbitraire, comme on essaye de le démontrer, est, au contraire, une mesure essentiellement humanitaire.

J'irai même plus loin dans la justification de cette intervention : « Elle est la *seule* qui soit indiquée.

En effet, les morphiniques abandonnés à eux-mêmes pour leur traitement, traités chez eux, que le traitement employé soit la suppression progressive ou brusque, sont *irrémédiablement* condamnés à échouer, quelle que soit leur bonne volonté ; les observations cliniques sont là pour nous donner raison. Or, les treize morphinomanes qui, depuis le mois de janvier 1887, pour ne parler que d'une série que nous avons

plus spécialement observée, — car antérieurement on pourrait relever de nombreux exemples de guérison, — sont entrés à la clinique de la Faculté, c'est-à-dire à l'asile des aliénés de Sainte-Anne, sont tous sortis guéris [1]. Le moins atteint avait à son actif sept ans d'intoxication ; et, *tous*, quelques mois après le commencement de leur intoxication, sans en excepter un seul, avaient essayé, soit chez eux, soit dans les hôpitaux, à des reprises multipliées, une cure, que le défaut de surveillance avait toujours empêché d'aboutir. Trois d'entre eux, même, dont nous avons, du reste, dans une autre partie de notre travail, raconté l'histoire, avaient essayé, à plusieurs reprises, pendant plus de dix ans, un traitement que le manque d'énergie aidé puisamment par l'insuffisance des moyens de contrôle, avait fait échouer ; tous les hôpitaux de Paris avaient été mis à contribution, et cela inutilement. Et cependant, ces morphiniques, grâce à la surveillance rigoureuse que l'on trouve dans un asile d'aliénés et que l'on ne trouve que là, étaient sortis de la Clinique complètement guéris, après un traitement que nous avons longuement décrit.

On le voit, ces considérations démontrent clairement que le morphinomane a un état mental spécial, et, d'autre part, elles affirment les guérisons complètes obtenues, chez des sujets irrémédiablement condamnés à la démence et à la mort, par *ce mode d'intervention*, par la séquestration.

Il y a dans tout cela des raisons suffisantes, des arguments de haute valeur, qui défendent notre manière de voir, qui légitiment l'unique mesure qu'on doive proposer quand on est consulté au sujet d'un morphinomane. Ce mode d'intervention, *c'est la séquestration dans un asile d'aliénés.*

[1] J'omets naturellement, dans cette statistique, une ataxique tabétique, avec troubles mentaux et douleurs fulgurantes d'une violence inouïes, que nous avons eue à la Clinique. Loin d'essayer de la guérir de son morphinisme, nous avons au contraire entretenu chez elle cette maladie. Dans les cas de ce genre, c'est l'indication à suivre.

Aux risques d'être en désaccord, ici, avec quelques aliénistes, comme notre opinion est faite et bien faite touchant ce point délicat, nous affirmons hautement, après avoir longuement réfléchi, après avoir consciencieusement pesé le *pour* et le *contre*, surtout après avoir observé personnellement un grand nombre de résultats positifs, nous affirmons non seulement que le médecin consulté a le pouvoir, mais qu'il a le devoir de faire interner un morphinisé. Et, pour ce faire, il devra vaincre les préjugés qui ont cours maintenant plus que jamais et qui font passer ces internements comme des mesures arbitraires, vexatoires et attentatoires à la liberté individuelle. Pour ce faire, il devra même assez souvent, il faut bien le dire, lutter contre le mauvais vouloir des autorités administratives. Celles-ci, se retranchant derrière des articles de règlement, se montrent en effet franchement hostiles à l'admission des morphinomanes dans les asiles d'aliénés.

Quand nous parlerons du traitement, nous reviendrons sur les rapports précisément des règlements administratifs et les admissions de morphinomanes dans les asiles, car cela nous entraînerait trop loin. En résumé, le médecin, consulté pour le traitement d'un mophinisé, devra se pénétrer de cette vérité que *dans l'asile seulement la guérison peut être obtenue*, et que, dès lors, tout doit céder devant l'intérêt si direct d'un malade.

Cette digression trop longue était nécessaire.

Revenons à notre malade N... Nous sommes arrivé par une association d'idées successives à montrer, qu'en raison de son état mental, qu'en raison des bons résultats de la séquestration, il y a tout lieu d'assimiler le morphinisme aux autres maladies mentales.

Or, chez N..., nous trouvons précisément les caractères spéciaux de cet état mental qui fait que le morphinomane, sans avoir l'état délirant des vésaniques, ou, même, de cer-

tains autre intoxiqués, comme l'alcoolique et l'absinthique, n'en doit pas moins être rangé parmi les anormaux et les malades de l'esprit; chez N..., nous trouvons cet état mental qui autorise les aliénistes à revendiquer le morphinisme comme ayant sa place marquée dans l'étude de l'aliénation mentale.

Sans avoir jamais présenté un naturel très gai, N... n'avait jamais cependant montré un caractère violent.

Or, depuis qu'il subissait l'influence de l'intoxication morphinique, il montrait par intervalle des accès de colère dont la violence quasi pathologique effrayait son entourage.

Il interpellait alors violemment et prenait à parti des gens qui ne s'occupaient pas de lui, brisant ce qui lui tombait sous la main pour satisfaire sa rage.

Mais ces crises de fureur, d'ailleurs assez rares, n'étaient pas ce qui caractérisait surtout l'état mental de N...

Il était devenu peu à peu apathique, ne s'intéressant plus du tout à ce qui se passait autour de lui, pas même à ses propres affaires. Incapable également de tout travail, dès qu'il n'était plus sous l'influence immédiate de son poison, une torpeur invincible s'était emparée de tout son être, et lui enlevait toute énergie.

C'est surtout le matin que, selon la règle, du reste, se manifestait cette paresse vraiment pathologique. Il était comme cloué à son lit, et rien alors ne pouvait l'en tirer, pas même le travail le plus pressé, les affaires les plus urgentes. Et lui qui naguère se montrait très actif dès le début de la journée, il était alors absolument désarmé centre cette tendance à la somnolence, contre cette inertie terrible dont il avait bien conscience ; N... restait quelque temps dans cet état de torpeur jusqu'au moment de sa piqûre. C'est alors que venait l'heure de la première piqûre de la journée, la piqûre du matin. L'absorption d'une certaine dose de morphine lui donnait pour quelques instants la force et l'énergie factices qui lui manquaient. Cette difficulté que notre mor-

phinomane éprouvait à sortir du lit, se retrouve chez la plupart d'entre eux ; ils ont la tête lourde, il semble au réveil, comme nous disait un malade : « Que leur tête et leurs membres sont en plomb ». Cette torpeur se faisait ressentir également du côté des facultés intellectuelles. Appelé par ses occupations, par sa situation, à travailler et à écrire un certain nombre d'heures dans la journée, la fatigue s'emparait aussitôt de lui, dès qu'il se mettait à son bureau, dès qu'il prenait la plume pour écrire. Et c'est tout au plus si, pendant les quelques instants qui suivaient immédiatement la piqûre, il était capable d'un certain effort, de quelque travail ; il retombait bientôt, malgré lui dans cette défaillance invincible, si caractéristique, qui envahit le morphinique dès qu'il n'est plus *en puissance*, et ses amis, ses collègues n'avaient pas tardé à s'apercevoir de cet état et à en découvrir la source. Cette inertie n'avait pas tardé non plus à englober chez N... toutes les facultés mentales. Nous avons vu qu'au point de vue intellectuel. qu'au point de vue de la mémoire, de la volonté, tout pouvait chez lui se résumer en un seul mot : impuissance. Nous avons vu qu'au point de vue moral, l'inertie était aussi la note dominante. Au point de vue affectif, il était survenu chez lui une grande indifférence dans les affections, dans les amitiés, dans les relations ; plus aucune tendresse pour ses parents qu'il considérait comme des étrangers, et ses relations d'amitié avaient depuis longtemps cessé. Vivant seul et retiré, ne voyant plus personne, il recherchait la solitude à un tel point que sa porte était rigoureusement fermée à tout le monde. Quand, par hasard, ou plutôt par surprise, il arrivait de pouvoir franchir le seuil de son appartement, rigoureusement consigné du reste, on était étonné de la quantité de flacons qui frappaient les regards et disposés régulièrement autour d'une balance ; car le morphinomane, avons-nous dit, aime peser sa morphine et faire lui-même ses solutions, pour être plus sûr de ne pas être trompé. Devant un pareil tableau les derniers doutes qu'on

pouvait avoir sur les causes de tout le changement survenu chez N... disparaissaient alors : on était bien en face d'un morphinomane, et d'un morphinomane endurci.

Je ne m'étendrai pas plus longtemps sur la description de cet état mental de N..., qui reflète si bien l'état mental propre à tous les morphinomanes, et qu'on peut très bien résumer en ces quelques mots : inertie invincible de toutes les facultés mentales, inertie intellectuelle, morale et affective, qui le rend incapable de vivre de la vie commune.

Il y a donc dans un pareil état mental, des caractères suffisants pour faire regarder les morphinomanes comme des anormaux, comme des gens incapables de se diriger.

Maintenant, si l'on songe, d'autre part, qu'à cet état mental s'ajoutent des impulsions irrésistibles à prendre de la morphine *quand même*, si l'on songe encore qu'à cet empoisonnement chronique qui mène fatalement à la démence et à la mort, il y a une chance de salut, l'internement, on sera convaincu que la séquestration des morphinomanes dans un asile d'aliénés est une mesure légitime nécessaire. Nous avons prouvé qu'elle n'a rien d'arbitraire.

Mais revenons à N... et voyons chez lui le chloralisme naître, alterner puis évoluer simultanément avec le morphinisme.

Il y avait un an environ que N... avait contracté sa funeste passion pour la morphine et qu'il en subissait les conséquences désastreuses, lorsqu'il fut pris de douleurs articulaires. Comme il était facile de le prévoir, les injections de morphine, auxquelles il était habitué depuis longtemps, ne le calmèrent pas. On peut dire que c'est là une règle générale, et qui livre les malheureux morphinomanes sans défense à l'élément *douleur*. La morphine, cet analgésique sans pareil, et qu'on ne peut remplacer à ce titre, n'a plus aucune action sur un organisme qui en est saturé.

Notre malade, dans cette occurrence, eut recours à un autre calmant, le *chloral*, sans cesser pour cela les injections de

morphine. Il en prit d'abord 2 grammes et arriva jusqu'à 5 grammes, dose qui ne fut guère dépassée.

Les douleurs qui avaient motivé chez lui les injections de chloral, disparurent, mais, comme on pouvait le prévoir de la part d'un individu aussi névropathe que N..., les habitudes de prendre quotidiennement du chloral, ne cessèrent pas.

D'abord, dans les premiers temps de cette nouvelle intoxication, comme cela lui était arrivé pour la morphine, il pouvait s'en passer pendant quelques jours, mais, peu à peu, cette nouvelle passion devint aussi tenace que la première.

A des heures fixées, il absorbait une quantité donnée de chloral et quand, par hasard, cette dose lui manquait, il se trouvait alors visiblement anxieux, et, comme je le disais plus haut, bien que cette privation ne fut pas accusée chez lui, à beaucoup près, par la même souffrance que l'abstinence morphinique, lorsqu'il ne pouvait pas ingérer son stimulant habituel.

Il lui avait fallu à peine un mois pour arriver à contracter cette nouvelle intoxication ; au bout d'un mois, il était véritablement chloralique.

Le chloralisme se manifesta chez lui surtout par des *troubles digestifs* très prononcés, qu'il fut facile d'attribuer au chloral, d'abord, à cause de leur époque d'apparition, mais surtout aussi à cause de leurs caractères. Ils ne disparurent pas après un mois d'empoisonnement et donnèrent lieu à des *vomissements*, remarquables surtout par les douleurs qui les accompagnèrent.

A ces vomissements se joignait une douleur épigastrique violente, accompagnée de pyrosis. A plusieurs reprises se montra également chez lui, une diarrhée qui, coïncidant avec l'ingestion du chloral, pouvait être mise sur le compte, au moins en partie, de cette nouvelle intoxication.

Tels furent, chez lui, les seuls troubles physiques qu'il fût possible d'attribuer avec certitude à cette nouvelle passion.

Bien d'autres phénomènes somatiques se montrèrent, sur

lesquels nous n'insistons pas, parce qu'ils peuvent, avec plus de raison, être mis sur le compte de l'intoxication morphinique coexistante : le morphinisme.

Quant aux phénomènes d'ordre purement cérébral, observés chez N..., nous ne craignons pas de dire que l'ingestion chloralique y est, dans ce cas, du moins, absolument étrangère, et c'est là un point important à noter.

L'observation de N... nous permet, en effet, d'avancer, avec beaucoup de probabilité, que l'intoxication chloralique chronique, au point de vue de l'action sur les centres cérébraux, n'est pas absolument comparable à l'empoisonnement chronique par la morphine. Car c'est un point que la double existence des deux intoxications chez un même malade, à l'avantage des cas isolés, fait bien ressortir; dans les cas de ce genre, le terrain restant le même, il est loisible de comparer les effets, et absolument légitime alors de tirer des conclusions.

Or, dans l'espèce, les habitudes chloraliques n'entraînèrent aucun accident cérébral nouveau chez notre morphinique.

Il nous est donc permis de conclure, tout au moins de l'étude du cas particulier, que l'usage longtemps continué du chloral, n'engendra, ici, comme on pouvait s'y attendre, aucun trouble psycho-sensoriel, ne provoqua aucune conception délirante. Et c'est là un point de diagnostic différentiel avec le morphinisme, avec l'alcoolisme, de la plus haute importance ; ces deux empoisonnements, on l'a vu, tiennent sous leur dépendance des désordres cérébraux indéniables consistant, pour l'alcoolisme, en un véritable état délirant, avec phénomènes psycho-sensoriels variés : hallucinations, etc. *pour le vice alcoolique*, et en une véritable modification de l'état mental sur laquelle nous avons longuement insisté *pour le vice morphinique.*

C'est là un point de la plus haute importance qu'il importait de rechercher, puisque nous avions chez N... un sujet placé

dans d'excellentes conditions d'observation. Or, nous l'avons vu à ces points de vue, touchant l'état délirant, touchant l'état mental qu'aurait pu provoquer une longue intoxication par le chloral, notre examen a été absolument négatif. Et cette conclusion, je le répète, a de la valeur, si l'on songe que dans un cas de cette espèce (coexistence), il n'y a pas, pour l'infirmer, à invoquer la question, de terrain, et de personne.

On pourrait nous dire, en effet, que notre malade ne présentait pas, pour le développement d'accidents cérébraux, un milieu favorable à l'influence du chloral. Or, à cela, on le conçoit, dans l'espèce, notre réponse ne souffre pas de réplique : notre malade s'est livré à des abus morphiniques, il en a subi les malheureux effets, et parmi eux, des troubles d'ordre cérébral, c'est donc qu'il offrait un milieu propice au développement des états toxiques. Il a fait, plus tard, des abus journaliers de chloral ; et, au point de vue cérébral, il n'a rien présenté.

Cette expérience, faite par la clinique, véritable expérience de laboratoire, a donc ici une incontestable valeur. C'est une expérimentation *in anima vili*, pour laquelle, évidemment, on ne peut plus apporter le grave argument de la différence de réaction des tempéraments, puisque pour les deux agents employés, le chloral et la morphine, le sujet est le même. Nous avons donc le droit, en nous appuyant sur l'observation de N .., de déclarer que le chloralisme, à l'inverse des intoxications chroniques, telles que l'alcoolisme, l'absinthisme, le morphinisme, ne produit pas de troubles cérébraux, quelle qu'en soit la nature. Il est bien entendu que nous ne considérons ici que le chloral employé chroniquement, le chloralisme en un mot, ou passion pour le chloral, et non l'empoisonnement par ce médicament, el l'intoxication aiguë.

J'ai insisté une fois ici de plus sur cette question de terrain unique, sur l'importance que prennent tout de suite des observations dans lesquelles le milieu ne change pas, et les ma-

ladies, les intoxications changent seulement. On conclut donc sans qu'il soit nécessaire de l'expliquer, l'importance et la légitimité des conclusions que l'on tire de pareilles observations. Or, c'est précisément des renseignements, des observations et des conclusions de cette valeur que donne l'étude de la coexistence de plusieurs intoxications chez le même individu. On comprend dès lors, que l'étude de pareils faits ne soit pas un simple exposé de faits cliniques, mais bien une étude qui permette, en les comparant *chez un même individu*, d'avoir des notions beaucoup plus exactes, beaucoup plus vraies, des différentes intoxications. On comprend qu'une étude faite dans ces conditions, doive aboutir à des conclusions beaucoup plus serrées, beaucoup plus légitimes, que lorsqu'elle repose, comme cela a lieu dans l'immense majorité des cas, sur des faits ayant trait à des sujets différents. Car on sait, et cet argument, bien que trop souvent mis en avant, a une réelle valeur, que chaque organisme réagit à sa manière, que, dès lors, *les effets de telle et telle maladies, et dans l'espèce, de telle et telle intoxications ne sont pas comparables entre eux.* Avec la question des coexistences, cet argument qui a sa valeur, il faut bien le déclarer, n'existe plus.

C'est, nous le répétons, cette considération qui rend cette question des délires et des intoxications multiples si intéressante. Et, nous ne le cacherons pas, c'est surtout cette considération particulière d'un si haut intérêt qui nous a engagé à étudier cette question des coexistences.

Pour en revenir à l'histoire de notre malade, nous avons vu que le chloral longtemps continu, tout en déterminant chez lui certains troubles physiques, d'ordre gastrique surtout, n'avait pas déterminé de trouble cérébral appréciable; et nous étions parti de là, pour établir entre l'empoisonnement chronique par le chloral et l'alcoolisme et le morphinisme, une différence bien tranchée. Mais, est-ce à dire pour cela qu'il n'y ait pas empoisonnement vrai, intoxication chro-

nique véritable? Nous devons aller plus loin même; et si, sous certains côtés que nous venons de discuter longuement, le chloral doive être séparé de l'alcool, de l'absinthe, de la morphine, sous certains autres, nous ne craignons pas de le dire, il s'en rapprochera beaucoup.

Tout d'abord, nous devons le dire, au même titre que le morphinisme, et à un degré beaucoup plus élevé même que l'alcoolisme et l'absinthisme, l'empoisonnement par le chloral doit être considéré comme une véritable passion.

Je m'explique, et c'est là, au point de vue particulier où nous nous sommes surtout placé dans notre mémoire, c'est au point de vue psychologique un détail très important, l'intoxication par le chloral, une fois qu'elle s'est emparée du malheureux malade, s'imposera à lui en quelque sorte; et sous ce rapport, bien qu'à un plus faible degré, elle se rapprochera de l'intoxication par la morphine. Il faut bien le dire, s'il y a là un point psychologique bien intéressant, la pathogénie en est bien obscure. Pourquoi le chloralique, parce qu'il a eu recours pendant un certain temps à cet agent calmant, se trouve-t-il forcé, quand même, d'en reprendre à un certain moment donné? Je sais bien qu'on pourrait invoquer ici cette nécessité qu'on a invoquée pour le morphinisme, et dire que le chloral, comme la morphine, pour un organisme qui en a pris l'habitude, crée un *besoin vital*. Cette explication, pour nous, n'en est pas une et n'est autre chose qu'une pétition de principe quand il s'agit d'éclaircir ce fait psychologique, cette impulsion irrésistible à reprendre du chloral, une fois qu'on y a habitué son organisme pendant un certain temps.

Il ne faut pas vouloir, à toute force, expliquer des faits qui échappent à toute explication. Et, l'impulsion irrésistible qui pousse à reprendre de la morphine, qui pousse à prendre du chloral, après un certain temps d'usage, rentre dans cette catégorie de faits. Avouons notre ignorance, et contentons-nous de consigner le fait. Ce qu'il y a de certain, c'est que

l'usage du chloral habitue peu à peu l'organisme à l'emploi de ce stimulant, et qu'au bout de quelque temps, le besoin factice, l'impulsion irrésistible, qui pousse à absorber chaque jour, une dose déterminée de poison, le chloralisme, en un mot, est créé ; et, avec cette impulsion irrésistible qui accompagne cette intoxication, un certain nombre de symptômes que nous avons passés en revue, apparaissent.

Parmi ceux-ci, nous avons, à dessein, omis de parler du principal, d'un symptôme qui rapproche précisément le chloralisme du morphinisme et l'éloigne des autres intoxications, nous voulons parler de l'*état d'abstinence.*

Chaque fois que N..., pour des raisons majeures, ne pouvait absorber, à l'heure ordinaire, sa dose habituelle de chloral, il devenait visiblement anxieux, et, à cette anxiété, se joignait une douleur physique réelle. Hâtons-nous de dire cependant que cet état d'abstinence chloralique n'est pas, à beaucoup près, comparable au tableau bruyant de l'abstinenz-morphine[1].

Nous demandons, à ce propos, la permission de citer une seconde observation de coexistence de chloralisme et de morphinisme chez une morphinomane de la Clinique, L.. ; nous verrons que la suppression du chloral, chez elle, fut beaucoup moins pénible que la suppression de la morphine qu'elle eut également à subir.

Coexistence de chloralisme et de morphinisme.— Malaise et anxiété après la suppression brusque du chloral. — Suppression progressive. — Cette malade dont nous avons rappelé ailleurs l'histoire intéressante entre à

[1] Disons ici, pour terminer ce qui a trait à l'histoire de N..., que, après des tentatives de traitement *à domicile*, le chloralisme et le morphinisme n'ont fait que croître et embellir. Il en sera probablement ainsi jusqu'à ce que sa famille se soit décidée à le faire admettre dans une maison spéciale (maison de santé ou asile), seul lieu de traitement, nous le répétons, du morphinisme.

la Clinique le 26 mai 1887. — Morphinomane depuis dix ans, elle prend journellement 1 gramme de morphine et souvent plus. — Nous passons sous silence son histoire clinique, qui d'ailleurs a fait le sujet d'une communication intéressante de M. le professeur Ball, pour arriver aux incidents relatifs à son entrée à Sainte-Anne et à sa séquestration.

Réclamant elle-même la suppression brusque, la privation de morphine produit chez elle dans ces conditions des accidents tellement graves, que l'on renonce à cette méthode que nous regardons comme éminemment dangereuse, et l'on commence la suppression progressive. Mais comme cette diminution, même méthodique et lentement décroissante, produit des crises douloureuses et violentes, dues à l'état de besoin, on a recours, pour la soulager et pour suppléer dans une certaine mesure à l'action du poison ordinaire, au *chloral* bien que cette *méthode de substitution* ne soit nullement érigée en règle dans le service de la Clinique, mais seulement à titre exceptionnel.

C'est en effet ainsi que, sous prétexte de guérir le morphinisme, on provoque des états d'alcoolisme, de cocainisme, etc.

Mais chez L... les souffrances étaient si vives qu'elles légitimaient jusqu'à un certain point notre mode d'intervention.

On lui prescrivit une potion journalière de 3 *grammes d'hydrate de chloral,* en recommandant toutefois d'en surveiller très scrupuleusement l'emploi et les effets. Ce qui n'eut pas lieu malheureusement. Nos craintes se réalisèrent et nos prévisions se justifièrent, et au-delà.

L..., après des souffrances excessives et des péripéties nombreuses relatées ailleurs, était enfin arrivée à la suppression totale des injections morphiniques : le 10 juillet, elle prenait son dernier centigramme de morphine. — Mais, et c'est là surtout le point sur lequel nous voulons attirer l'attention, le jour où l'on voulut supprimer ses 4 grammes de *chloral* (depuis six mois elle absorbait quotidiennement cette dose), elle éprouva un tel état de malaise qu'on eut un moment des inquiétudes sérieuses sur son état. On s'aperçut alors, mais un peu tard, qu'elle était devenu *chloralique.* Par notre faute, il faut bien le dire, et par le fait d'une thérapeutique imprudente, contraire aux règles que nous avions

nous-même formulées, et auxquelles nous nous étions toujours restreint jusqu'alors.

Quoi qu'il en soit, la passion pour le chloral, l'habitude d'ingérer quotidiennement une dose donnée de ce stimulant s'était peu à peu développée en elle, et avait remplacé la morphinomanie, comme l'alcoolisme et le cocaïnisme se substituent ou s'associent à la passion pour la morphine chez les intoxiqxés traités intempestivement par l'alcool ou la cocaine. Ceci milite une fois de plus en faveur de l'opinion que nous avons longuement défendue, à propos du traitement de cette affection, lorsque dous avons combattu la *méthode substitutive* comme très dangereuse.

En effet, pour ne pas avoir obéi à ces prescriptions, nous avons vu l'intoxication par le chloral se développer chez la malade en question. L... avait guéri de sa passion pour la morphine pour tomber dans le chloralisme. C'était, pour se servir d'une comparaison allemande, un peu risquée, employée pour désigner cette transformation : tomber de Satan dans Belzébuth. Hâtons-nous de dire pour notre défense que cette nouvelle passion n'était pas comparable, à beaucoup près, à l'ancienne, au point de vue de la gravité et de la ténacité du mal.

D'abord le chloralisme, dans l'espèce, ne plongeait pas ses racines, comme l'empoisonnement auquel il s'était substitué, très haut dans la vie du malade. Et l'on sait qu'il y a là une circonstance éminemment favorable pour la réussite du traitement. N'ayant ici que quelques jours à peine de date, cette nouvelle passion ne s'était pas encore emparée tout à fait de l'organisme, et il était dès le début facile de prévoir qu'on en triompherait facilement. Aussi nos craintes ne furent pas de longue durée. Et bien que déjà cependant le moindre retard apporté dans l'injestion du chloral, la moindre diminution dans les doses, se traduisît chez L..., par un certain malaise mêlé d'anxiété, à l'encontre du malade qui fait le sujet de l'observation précédente, elle n'éprouve que quelques accidents physiques légers, d'ordre gastrique

[1] Académie de médecine. Novembre 1887.

[2] Erlenmeyer. *Considérations sur le morphinisme et sur son traitement, in Encéphale* 1886.

surtout : douleur épigastrique..., etc. Aucun trouble psycho-sensoriel,

En raison de la bénignité des phénomènes observés, il était dès lors facile de prévoir que chez notre malade, encore séquestrée, et par conséquent placée dans des conditions de traitement éminemment favorables, le mal céderait vite.

Effectivement, on commença immédiatement la suppression progressive du nouveau stimulant, du chloral, journellement ingéré. Disons incidemment, à propos du traitement, qu'il en est du chloralisme, de toutes les intoxications chroniques et des passions analogues, comme du morphinisme, il est toujours deux modes de traitement employés, la *suppression brusque* et la *suppression progressive.* — Mais comme pour la morphinomanie, celle que nous préconisons franchement, bien que nous n'ayons pas ici pour le choralisme de terme de comparaison, c'est la suppression progressive, que l'on doit *toujours* essayer avant la seconde. Agir autrement serait s'exposer, comme dans l'intoxication morphinique, aux plus grands dangers, et commettre une grave faute clinique.

On commença donc par supprimer chez L... 50 centigrammes par jour d'hydrate de chloral, laissant même la malade à cette dose pendant plusieurs jours.

Et au bout d'un mois, notre malade était complètement guérie de cette seconde intoxication, qui, en ville et en dehors du milieu spécial où elle se trouvait alors, eût pu avoir les plus graves conséquences, et aboutir à un état d'intoxication quasi-incurable, comme chez notre malade précédent.

Ce que nous voulons surtout faire remarquer dans cette observation, c'est que le chloral comme la morphine, bien qu'à un moindre degré, provoque par une ingestion trop longtemps continuée un véritable état de besoin, qui fait qu'un retard dans l'absorption ou une diminution dans la dose entraîne immédiatement un état de malaise caractéristique. Ce que nous voulons faire remarquer également, c'est que le chloralisme comme le morphinisme, nous tenons cet aveu de la bouche de la malade, produit au début un état d'euphorie. Au bout de quelques jours cet état d'euphorie,

de *puissance chloralique*, disparaît et l'on a recours de nouveau au chloral, tout simplement parce que la privation vous fait souffrir. C'est encore là un point qu'il importait de faire ressortir, surtout dans une étude comparative du chloralisme et de la morphinomanie.

Les faits de cet ordre sont très instructifs, et on ne saurait trop insister sur les aveux de malades, qui sont à même d'apprécier les résultats de la suppression des injections de chloral et de la suppression des injections morphiniques, puisqu'ils ont eu à subir les deux, et qu'ils sont, dès lors, parfaitement à même de comparer.

Nous devons donc voir dans cette souffrance si vive, inséparable de la privation du stimulant habituel chez les individus usant depuis longtemps des injections de morphine, un caractère appartenant en propre au morphinisme et qu'on ne retrouve plus dans les autres intoxications analogues.

L'histoire de cette malade permet d'établir un certain rapprochement entre l'état *d'abstinence chloralique* et l'état si net de *l'abstinence morphinique* (abstinentz-morphine des Allemands) au point de vue des souffrances physiques qu'elle provoque.

Elle permet, en outre, d'opposer, dans cet ordre d'idées, le morphinisme et le chloralisme d'une part aux autres intoxications chroniques, dans lesquelles on ne retrouve plus ce signe de diagnostic différentiel si important, l'état d'abstinence. Si on les compare, en effet, aux délires, aux états toxiques les plus habituels des malades de nos asiles, on voit que les accidents *d'abstinence* font absolument défaut. Jamais, par exemple, parmi les nombreux alcooliques que nous avons vus à la Clinique, quelle que soit la forme présentée par eux, jamais nous n'avons vu un seul malade accuser, lorsque l'internement venait mettre un terme brusque à leurs libations journalières, la plus petite souffrance.

Le *delirium tremens a potu suspenso* est évidemment une des manifestations de la cessation brusque d'habitudes

alcooliques invétérées, mais il n'a rien de comparable, au point de vue des souffrances, du moins, bien qu'on ait fait ce rapprochement, avec l'abstinentz-morphine ; et ce fait est si vrai, que dans ce cas on ne voit aucun de ces accidents si caractéristiques : diarrhée, vomissement, abaissement de la température et diminution des pulsations, qui accompagnent fatalement la suppression de la morphine, et qui annoncent aux yeux les moins clairvoyants que l'organisme est alors profondément touché. Et puis enfin on voit que dans le morphinisme la mort peut suivre quelquefois le retrait de l'agent d'intoxication ordinaire. Il en est de même de l'intoxication par l'absinthe. A-t-on jamais vu dans l'absinthisme la privation du stimulant entraîner à sa suite les souffrances dont il s'agit en ce moment ? Je sais bien que le buveur d'absinthe, habitué à absorber depuis de longues années une dose journalière de poison, éprouvera les plus grandes difficultés à se corriger de ses habitudes ; et si, par les effets d'une contrainte quelconque, l'internement par exemple, il se trouve subitement privé de sa boisson favorite, je sais bien qu'il éprouvera un réel malaise. Nous avons eu souvent à ce sujet les confessions de buveurs d'absinthe que leur séquestration à la Clinique mettait quelquefois dans un certain état anxieux assez caractéristique ; et on est même obligé en pareil cas, disions-nous, d'avoir recours à des stimulants factices ; boissons et tisanes fortement amères, hydrothérapie, etc. Mais jamais il ne viendra à l'idée du médecin qui a assisté à *cet état de disette* des absinthiques assez peu bruyants, et à l'épouvantable tableau du morphinomane en privation, de comparer ces deux états, et même d'établir entre eux le moindre rapprochement !

Il y a donc, je le répète, dans le tableau des souffrances du morphinomane un cachet *sui generis*, qui fera toujours de l'intoxication par la morphine un état bien spécial qui ne peut être comparé, sous ce rapport, à aucune autre intoxication artificielle. Je dois dire, cependant, mais notre expérience

personnelle ne nous permet pas d'apprécier et de juger la vérité du fait, ni d'appuyer, ni d'infirmer la vérité de cette assertion, que l'on a signalé quelques autres intoxications chroniques, comme se rapprochant du morphinisme à ce point de vue et à un degré plus faible, il est vrai. Je ne fais pas allusion en ce moment, bien entendu, ni aux fumeurs d'opium, ni aux thériaquis, aux mangeurs d'opium. Il est évident que pour le point particulier qui nous occupe, tous ces intoxiqués divers ne sont après tout que des variétés d'une même famille, et tous soumis à l'abstinentz-morphine dont il s'agit. Je veux parler en ce moment de ces nouvelles intoxications qui vont en se multipliant tous les jours et dont j'ai parlé plus haut : bromisme, cocainisme, théisme, vanillisme, chloralisme. Quelques auteurs prétendent que la suppression de l'agent stimulant dans toutes ces intoxications bizarres ne peut se faire sans provoquer quelque souffrance.

Nous ne sommes pas à même de contrôler une pareille assertion, les faits nous manquent. Mais pour ce qui est du chloralisme, nous serions très disposé à admettre quelque chose d'analogue, sans que, bien entendu, nous songions le moins du monde à assimiler complètement ces deux états.

L'observation suivante d'une malade que nous avons pu suivre assez longtemps démontre que la privation du stimulant provoque, chez l'individu adonné au chloralisme, un état particulier. Cette observation est intéresssante également, en ce que, comme précédemment, elle montre de plus l'alliance de deux intoxications, *du morphinisme et du chloralisme*, évoluant en même temps ou alternant chez le même individu.

Coexistence du morphinisme et du chloralisme chez un ataxique. — Syncope grave survenue à la suite de la suppression brusque du chloral quotidiennement ingéré. — Mme L..., agée de 64 ans, entrée à la Clinique, venant de Laënnec ; ataxique depuis dix-sept ans, elle prend depuis sept ans des injections de morphine. Elle est arri-

vée, au moment où elle entre dans nos salles, à absorber la dose énorme de 1 gramme de morphine. Cette morphinomanie a donc ici une origine *thérapeutique* des plus nettes. — Hâtons-nous, à ce propos, incidemment, de faire remarquer que dans les cas de ce genre, comme nous le rappellerons du reste dans nos conclusions, les injections de morphine sont absolument légitimées, je dirai même plus, *dans l'ataxie locomotrice et dans les affections douloureuses incurables*, le morphinisme, loin d'être redouté dans l'administration de la morphine, qui partout ailleurs doit être rigoureusement surveillée, doit être *recherché*. Nous ne craignons pas de le dire, tout ce que l'on peut faire de mieux dans des affections incurables aussi cruellement douloureuses que le tabès, c'est de chercher à rendre le sujet morphinomane; et, en créant ainsi une passion artificielle qui peut couvrir la maladie primitive dans une certaine mesure, on accomplit presque un devoir, loin de commettre un crime clinique. —

Ceci dit, ajoutons que, en dehors de ses injections de morphine qu'elle n'avait pas abandonné pour cela, Mme L... avait eu en outre recours depuis de longs mois à l'ingestion de chloral à dose quotidienne énorme. Elle prenait environ de 5 à 10 grammes de chloral par jour, tantôt plus, tantôt moins; mais jamais, à son entrée à la Clinique, elle n'était restée un seul jour sans prendre une dose élevée de chloral.

Les conséquences d'un pareil *modus vivendi* n'avaient pas tardé à se manifester. En dehors d'un état mental spécial sur lequel nous n'avons pas à insister ici, elle présenta un état psycho-sensoriel très net. Disons incidemment que jamais aucune morphinique ne présenta aussi nettement que Mme L... des hallucinations, assez rares, on le sait, dans cette intoxication. Mais ici le doute n'est pas permis un seul instant, ces hallucinations se montrèrent dans l'état d'intoxication, sans s'être jamais montrées auparavant. Elles consistaient surtout en hallucinations de la vue et du goût, à caractère triste, comme cela a lieu du reste dans l'immense majorité des cas; mais ce qu'elles présentaient chez notre malade d'exceptionnel, c'est qu'elles se montraient aussi bien le jour que la nuit; or, on sait que les hallucinations toxiques en général sont presque toujours nocturnes. Mme L... voyait constamment autour d'elle, autour de son lit,

entrer et sortir dans la salle où elle couchait les cadavres de ses parents. Ces apparitions la jetaient dans un état de tristesse perpétuelle. D'autre part elle se plaignait d'être empoisonnée, prétendant que ses aliments avaient un goût particulier et qu'on y jetait des substances nuisibles. Elle refusait alors toute nourriture et nous dûmes même pour l'alimenter employer la sonde œsophagienne à plusieurs reprises pour empêcher la mort par inanition. On le voit, les troubles psycho-sensoriels s'accompagnaient ici de véritables conceptions délirantes, idées d'empoisonnement, de persécution, et c'est là un fait assez rare aujourd'hui dans le morphinisme, ainsi que dans le chloralisme, pour que nous le notions ici.

Ce qu'il importe aussi de faire remarquer, c'est que tout cet appareil symptomatique était certainement dû à un état toxique : leur époque d'apparition et ce que nous savons des effets de l'empoisonnement chronique par le chloral, ne nous permet pas d'attribuer exclusivement ces troubles psychiques, cet état délirant à l'un ou à l'autre de ces états. Mais par contre, ce que nous devons mettre sur le compte de cette dernière intoxication, c'est un état permanent de dyspepsie, tel que depuis fort longtemps notre chloralique ne vivait que de lait. Ce qu'il y a également de très vraisemblable, c'est que les faits que nous allons maintenant rapporter sont imputables, et c'est ce qui fait leur intérêt, uniquement à ce dernier état, au chloralisme.

Lors de son passage, de l'hôpital Laënnec à la Clinique des maladies mentales, sur les renseignements fournis à son entrée, on n'oublia ni ses antécédents pathologiques, ni l'état de morphinisme avancé dans lequel elle se trouvait, renseignement important qui nous permettait de ne pas oublier l'injection journalière d'une quantité fixe de morphine. Mais l'idée ne vint pas, au milieu de cette énumération, de prévenir qu'elle absorbait en même temps une dose quotidienne énorme d'hydrate de chloral, ou plutôt l'esprit ne fut pas attiré vers un danger possible, effectivement beaucoup moins connu que le premier, celui qu'il y a à supprimer brusquement à une malade de son chloral, c'est-à-dire son calmant, son stimulant habituel.

Toujours est-il que ni le jour de son arrivée dans le service,

ni le lendemain elle n'eut la plus petite dose du chloral qu'elle était habituée à prendre tous les jours, et en grande quantité. Comme elle était dans un état de faiblesse extrême qui l'empêchait de parler et de rien demander, le résultat de cette suppression brusque et bien involontaire ne tarda pas à se manifester; et le surlendemain de son entrée, nous fûmes appelé auprès d'elle pour une syncope des plus alarmantes, à laquelle nous ne pûmes d'abord trouver de cause. Les battements cardiaques peu perceptibles et la température tombée à 36° puis à 35° dénotaient un état extrêmement grave et un pronostic rendu encore plus sérieux par le *facies* de la malade : yeux fixes, abolition des reflexes pupillaires et cornéens. Enfin, fort heureusement, on eut à ce moment même la clef du phénomène : une dose convenable de chloral administrée à temps ramena tout dans l'ordre en quelques jours[1].

Tel est le fait dans sa simplicité que nous voulions ajouter ici aux deux observations précédentes et qui nous permet de poser les conclusions suivantes, touchant les rapports du chloralisme et du morphinisme.

Conclusions. — 1° Les ingestions quotidiennes de chloral, quand elles sont trop prolongées, développent, comme les abus de la morphine, la passion chloralique, le chloralisme, affection rare du reste, et qui présente certaines analogies avec la morphinomanie, mais s'en éloigne par certains autres côtés ;

2° Le chloralisme s'accompagne, en effet : *a.* d'une tendance quasi-irrésistible de la part de l'intoxiqué à absorber,

[1] Notre malade, profondément cachectique, est morte deux mois après cet accident. Mais hâtons-nous de dire que le morphinisme, pas plus que le chloralisme, ne causèrent sa perte. Mme L... succomba aux suites de l'affection tabétique dont elle souffrait depuis *plus de vingt ans*. Et ici il ne faut certes pas incriminer la morphine et le chloral, qui, au contraire, permirent à cette malheureuse de supporter les douleurs intolérables de l'ataxie.

à doses quotidiennes progressivement croissantes, le stimulant ordinaire;

b. D'un véritable état de besoin (*besoin vital* ou *psycho-somatique*), provoqué, comme dans l'état de *privation morphinique*, par l'*abstinence chloralique*. — Mais l'état de besoin chloralique ne s'accompagne pas, à beaucoup près, des phénomènes graves de la suppression morphinique;

3° Les symptômes physiques du chloralisme, assez obscurs encore, paraissent consister surtout en troubles gastro-intestinaux. — Notre statistique du reste se compose de trop peu de cas, pour nous permettre de donner des conclusions très affirmatives à ce sujet;

4° Pour ce qui est des troubles mentaux de cet état toxique, cependant, il nous est permis de supposer en nous appuyant sur nos observations, que les *accidents psycho-sensoriels* sont rares, et que les phénomènes observés consistent plutôt, dans l'intoxication chloralique en *affaiblissement mental*, comme du reste, dans l'intoxication morphinique;

5° Le mode de *traitement* consisterait ici dans la *suppression progressive* du poison. — Comme dans toutes les passions toxiques analogues, on doit *proscrire* la suppression *brusque*, si l'on veut éviter des accidents quelquefois très graves, et n'y avoir recours qu'à la dernière extrémité.

4° Morphinisme et Cocaïsme. — Leur association.

Il est enfin une complication dans le morphinisme, dont nous avons déjà parlé au chapitre du traitement, mais sur laquelle nous devons revenir en raison de son importance. C'est qu'en effet la complication du *morphinisme par le cocainisme* a pris une extension effrayante dans ces dernières années, au point, qu'à peine connue voilà trois ans, elle a été l'objet en quelques mois de plusieurs communications

et discussions intéressantes. Les plus récentes sont celles qui ont eu lieu à la Société Médico-psychologique [1].

[1] *Société médico-psychologique de Paris et Annales médico-psychologiques* de 1889, mars. — Voici ce que nous disions à ce propos dans cette discussion. Nous tenons à donner *in extenso* le texte même du procès-verbal, en raison de la priorité qu'il consacre.

M. G. Pichon..... Je tiens seulement à propos de la communication de M. Saury à insister sur deux points. — Tout *d'abord*, comme M. Séglas, je ferai remarquer qu'il y a longtemps que les faits de délire cocaïnique ont été signalés pour la première fois, et que sur ce chapitre M. Saury ne peut réclamer aucune priorité. Il y a longtemps qu'à l'étranger ils sont connus. On vient de vous parler d'Erlenmeyer. Je connais le mémoire qui a été le point de départ de toutes les séries de travaux écrits sur ce sujet. J'ai eu la bonne fortune d'avoir entre les mains un autre travail du même auteur, dont les conclusions sont peut-être encore plus nettes. Il ne peut donc y avoir de doute à cet égard : on a signalé depuis longtemps non seulement le cocaïnisme, mais dans cette intoxication, la présence d'hallucinations et de conceptions délirantes, en un mot de troubles psycho-sensoriels véritables. Il n'y a pas à en douter, la *littérature étrangère*, comme vient de le démontrer M. Séglas, en fait foi. Mais en dehors de la littérature *étrangère*, en dehors des auteurs *allemands* qu'on a cités et dont je pourrai allonger la liste sans utilité, je tiens cependant à faire remarquer que, en France même, des faits de cet ordre ont été publiés. Et pour ne pas faire ici un vain étalage d'érudition, je me contenterai de signaler une conférence de M. le professeur Ball, et un mémoire important d'Erlenmeyer lui-même, écrit en français, et datant de 1886. J'ai pu observer moi-même avec bien des cas de morphinisme, quelques cas de cocaïnisme. — Or, ma conviction est que les hallucinations sont très rares aussi bien dans le *morphinisme* que dans le *cocaïnisme*, et que quand on les y trouve, elles sont dues le plus souvent à un élément étranger, *coexistant*, qui est l'*alcoolisme* dans la grande majorité des cas. Et je demanderai à ce propos à M. Saury, si dans ses trois observations, il a cherché la présence de ce nouveau facteur.

M. Saury. — J'ai, comme le dit M. Pichon, recherché effectivement avec soin si l'alcoolisme pouvait être incriminé. Eh bien ! chez mes trois malades, malgré tous mes efforts, je n'ai rien pu trouver. Ils ne faisaient aucun excès de boisson...

M. Pichon. — J'ai fait cette demande parce que, je le répète, je ne crois pas que la cocaïne puisse à elle seule provoquer des troubles psycho-sensoriels : Je les ai bien observés moi aussi, mais bien ra-

Le premier auteur qui ait signalé et décrit le cocainisme, est Erlenmeyer, qui le premier décrivit aussi la coexistence du morphinisme et du cocainisme. Mais le premier écrivain qui ait prôné le traitement d'ailleurs détestable, de l'intoxication morphinique par la cocaine, est W. H. Bentley. — (Nous avons indiqué aussi au traitement, toutes les sources

rement, et dans un cas au moins, chez une *cocaïnomane*, on devait incriminer l'élément éthylique surajouté.

Le *second* point sur lequel je désire insister est plus important, et touche à une question clinique des plus intéressantes. Je m'explique. Si j'ai bien entendu, les trois malades dont parle M. Saury, ont d'abord pris de la *morphine* avant de prendre de la *cocaïne*. Après avoir été *morphinomane* et avoir voulu se guérir par la *cocaïne*, ils sont devenus en dernière analyse *cocaïnomanes*, comme c'est du reste la règle. Or, le même auteur, M. Erlenmeyer, a décrit un état toxique tout à fait particulier, qu'il appelle *morphino-cocaïnomanie* (morphium-cocaïnsucht), qui se rapproche absolument de l'état que M. Saury vient de décrire chez ses trois intoxiqués (et c'est encore là une nouvelle analogie). En effet, dans cette maladie complexe, il y a non pas deux intoxications associées, non pas en un mot une *coexistence* de deux états toxiques, mais bien une véritable combinaison, une nouvelle affection hybride. — Cet état spécial a ses symptômes et surtout son pronostic propres, qui diffèrent des symptômes, du pronostic de chacun des deux états toxiques précités pris en particulier. — Pour ce qui est du pronostic, à l'opposé du cocaïnisme, il en est si différent qu'il est presque toujours fatal dans l'état en question, dans la morphino-cocaïnomanie.

Pour ce qui est des symptômes, ils en diffèrent aussi et l'on s'en rendra facilement compte si l'on songe qu'il y a là une *nouvelle* intoxication, qui, quoique formée des mêmes éléments, est absolument différentes des deux premières. Voici en effet ce qui se passe en pareil cas : Le morphinomane croyant trouver dans la cocaïne un agent de guérison, arrive vite à abuser aussi de la cocaïne ; mais, et c'est là le point important, basé déjà sur beaucoup d'observations, il n'en continue pas moins l'abus de la morphine. Et, en fin de compte, pour employer le langage imagé d'Erlenmeyer (pour ne pas dire plus) il tombe de Satan dans Belzébuth, il devient morphino-cocaïnomane. — Les symptômes observés alors consistent surtout en hallucinations terrifiantes et en troubles psycho-sensoriels divers.

Or, étant donnée l'analogie frappante qui existe entre ces faits et les trois cas rapportés par M. Saury, je suis très porté à dire que dans ces

bibliographiques auxquelles nous avons puisé, et nous n'y reviendrons pas.)

C'est qu'en effet parmi les procédés thérapeutiques les plus détestables préconisés, le plus dangereux est sans contredit le procédé de Benthley. Comme l'alcool, comme l'éther, comme le chloral, la cocaïne, en pareil cas, loin de remplacer la morphine, ajoute ses effets pernicieux à ceux de ce stimulant ; et à la maladie première s'ajoute une autre passion, de même nature aussi funeste, plus funeste que le vice morphinique : C'est la *cocaïnomanie*.

La cocaïnomanie qui, dans la majorité des cas existe à l'état de complication du morphinisme, peut cependant exister isolément quoique plus rarement.

D'après quelques observateurs, les phénomènes psycho-sensoriels alors observés seraient même un peu différents du cortège symptomatique. Ils consisteraient surtout en hallucinations diverses, prédominant surtout dans la sphère de la *sensibilité générale* (Magnan, *Société de biologie*, mars, 1889), et donnant aux malades la sensation de ver qui rampent sous la peau, etc. Ce dernier auteur en fait même un caractère de diagnostic différentiel important d'avec l'intoxication morphinique qui ne présenterait pas d'hallucinations appréciables.

Mais à côté de la cocaïnomanie *isolée*, forme très rare, on doit signaler la morphino-cocaïnomanie, signalée pour la première fois par Erlenmeyer qui en fit une description clinique,

derniers, les phénomènes hallucinatoires et psychiques observés, doivent plutôt être mis sur le compte d'une affection nouvelle, hybride et absolument spéciale, que sur le compte du cocaïnisme seul. — En résumé, je voulais d'abord et surtout appuyer, avec M. Séglas, une question de priorité à propos du *délire cocaïnique*, et, en second lieu, établir un rapprochement, qui m'a paru légitime, entre les faits intéressants que vous venez d'entendre, et ceux réunis et publiés par le médecin de Bendorf sous le nom de morphino-cocaïnomanie. (Communication de M. le Docteur Pichon à la *Société médico-psychologique.*)

déjà très exacte (morphiumcocaïnsucht), quoi qu'aient prétendu depuis certains observateurs.

Morphino-cocaïnomanie. — Cette affection complexe, qui rentre absolument dans notre cadre, a toujours la même *étiologie :* Le morphinomane désireux de guérir, et mal conseillé prend des injections de cocaïne. Le résultat de cette manière de faire est invariable. Le malheureux, loin de trouver la guérison, renonce d'abord à la morphine momentanément, puis se fait concomitament des injections de ces deux alcaloïdes. C'est ainsi que se terminent toutes les tentatives de cure par ce procédé détestable : à la morphine qui n'est, pas diminuée pour cela, s'ajoute l'abus de la cocaïne, voilà tout.

Les exemples abondent, qui démontrent ce que nous avançons. Nous nous contenterons de citer les cas de Jennings, de Mattison, de Buhler, de Borneman, d'Edward Mann, de Rœd, de Jœckel, de Christian, de Ball, de Magnan, de Saury, de Westphall, de Pichon, de Jastrovitz, et surtout d'Erlenmeyer. — Nous donnerons les ouvrages de ces auteurs à l'index bibliographique.

Et nous en passons. C'est surtout en Allemagne et en France que nous avons trouvé de ces cas bizarres et complexes. — Nous même nous avons eu l'occasion d'observer deux observations de morphino-cocaïnomanie qui rentrent absolument dans le cadre classique que leur a assigné Erlenmeyer.

Les *symptômes* de cette intoxication, fait très curieux, ne sont pas tels qu'on les croit. Comme on est porté à le penser ; et, comme nous l'avons dit dans une communication récente rapportée plus haut, dans cette maladie complexe, il y a non pas deux intoxications *associées*, non pas, en un mot, une *coexistence* de deux états toxiques, mais bien une véritable combinaison, une *nouvelle* affection hybride.

Cet état a son évolution clinique et son pronostic propres

qui diffèrent des symptômes, du pronostic de chacun des deux états toxiques précités pris en particulier. — Pour ce qui est du pronostic, à l'opposé du cocaïnisme, il en est si différent, qu'il est souvent fatal dans la morphino-cocaïnomanie !

Au point de vue des *symptômes*, cet état toxique complexe, outre les symptômes physiques et psychiques du morphinisme et du cocaïnisme présente des troubles psycho-sensoriels et hallucinatoires beaucoup plus accentués. On sait en effet, et nous avons insisté sur ce fait, combien les hallucinations véritables sont rares dans le morphinisme et le cocaïnisme. Or les morphino-cocaïnomanes sont assiégés par des hallucinations de tous les sens, et par des conceptions délirantes variées. — Les quelques cas que nous avons personnellement observés sont très nets à ce sujet. Et c'est aussi dans cet ordre d'idées qu'il faut interpréter, je crois, les observations de quelques auteurs, ayant trait à des faits de cocaïnisme associé, ou succédant à l'intoxication morphinique, comme les faits de Christian et de Saury.

Les faits de cocaïnisme isolé sortent de notre cadre, et *nous n'avons* à étudier ici que les rapports, l'association de cette intoxication avec le morphinisme. Mais néanmoins, qu'il nous soit permis de faire remarquer que ce nouvel état toxique commence déjà à prendre des proportions redoutables. Nous avons eu récemment l'occasion d'en observer plusieurs cas, et nous pouvons dire et déjà affirmer qu'il y a là une passion, dont le pronostic est peut-être plus grave encore que celui du vice morphinique. — Nous ne les exposerons pas et n'en dirons pas davantage ici, pour ne pas sortir des limites que nous nous sommes imposées. Nous nous contenterons de renvoyer à la bibliographie, que nous avons faite à ce point de vue spécial aussi complète que possible.

5° Considérations générales sur les intoxications multiples. — Coexistence de diverses intoxications chez le même individu. — Considérations générales. — Cette coexistence doit être rattachée à l'état mental que l'on trouve à la base de toutes les intoxications, de toutes les passions artificielles.

Mais, en dehors de toutes ces considérations qui expliquent la coexistence de l'alcoolisme et du morphinisme, il y a au-dessus de tout cela une question de terrain qui prime tout. Il faut, voulons-nous dire, pour expliquer cette coexistence invoquer encore ici cet *état mental si spécial des héréditaires*, des dégénérés de toutes les classes, si bien mis en relief par Morel, Falret, Legrand du Saulle et Magnan [1].

Cet état, mental si particulier aux individus de cette classe, consiste surtout dans une appétence, dans une soif de l'inconnu et de sensations non encore perçues. — Cette soif de l'inconnu se trouve évidemment chez les individus les mieux pondérés, et c'est même la base de toutes nos connaissances, scientifiques. — Mais, chez l'héréditaire dégénéré, cette recherche est poussée à l'extrême et confine au délire.

C'est cet état mental qui pousse ces malades à chercher toujours quelques sensations non encore ressenties et à les épuiser toutes.

C'est cet appétit insatiable, acquis par l'hérédité, qui portera le dégénéré non équilibré à abuser de la morphine après avoir abusé de l'alcool.

Il y a dans tous les actes des dégénérés, qu'on les désigne sous le nom de *cérébraux*, d'*originaux*, de dégénérés *supérieurs*, un fond de déséquilibration qui les rendra incapables de résister aux conseils de leur imagination. Ce qui, chez un individu pondéré, sera un désir immédiatement réprimé, sera chez les *anormaux* un appétit quasi-irrésistible.

[1] *Op. cit.*

Et c'est en vertu de cet appétit quasi-irrésistible que le dégénéré sera porté non seulement à boire et à se morphiniser, mais aussi à s'éthériser [1], il sera alors éthéromane, à se chloraliser [2], etc. etc.

Dans le même ordre d'idées, son état mental bien spécial poussera l'héréditaire tantôt à l'ingestion du haschich [3] tantôt aux inhalations du chloroforme [4]. — L'alcool et la morphine seront ainsi vite dépassés. — On assiste déjà depuis cinq mois à l'explosion d'une maladie, d'une passion nouvelle, la cocaïnomanie dont incidemment nous avons parlé au chapitre du traitement,

Et, ce quiprouve bien que toutes ces passions, qui se multiplieront encore tant qu'il y aura des dégénérés, ce qui prouve bien que tous ces appétits véritablement morbides ne sont que les effets d'une même cause, ne sont que les rameaux d'un même arbre, c'est qu'ils se succèdent souvent, coexistent même souvent, chez le même individu. — Un morphinique sera souvent en même temps alcoolique; sur son terrain mental prédisposé de par l'hérédité, pourront se succéder, alterner et coexister, chez le dégénéré, toute une série d'intoxications. Le fait suivant que nous avons observé en est une preuve.

Un malade que nous avons eu occasion de voir à deux reprises à l'Infirmerie du Dépôt et dont l'observation a été publiée plusieurs fois, entre autres par M. Magnan dans ses leçons sur la dipsomanie [5], nous prouve cette présence chez un seul individu déséquilibré d'une coexistence d'alcoolisme et d'éthéromanie et de perversions sexuelles intéressantes :

[1] Regnard, *Deux poisons à la mode, la morphine et l'éther. Revue scient.*, 1885, 546, 556.

[2] Wach, *Inaug., Dissert.*, Iéna, 1880. Morpinam vergishurg décrit bien le chloralisme.

[3] Moreau de Tours, *Psychologie morbide.*

[4] Paul Bert, *Intoxication chronique par le chloroforme. Société de Biologie*, 1885 (571-574).

[5] Magnan, *Leçons sur la dipsomanie. Progrès médical*, 1884.

Le comte de R... était arrêté tantôt à la suite de ses abus d'alcool, tantôt à la suite de ses abus d'éther. Le comte de R..., dont nous avons recueilli l'histoire avec beaucoup de soin, et que l'on connaissait dans le monde des commissaires de police sous le nom de l'*homme à l'éther*, présentait un exemple frappant de cette coexistence de plusieurs intoxications chez un héréditaire dégénéré. Il était dipsomane, éthéromane et nous avouait qu'il était à la recherche d'agents plus délicieux (*sic*).

Cet héréditaire dégénéré que Lasègue avait eu occasion d'étudier plusieurs fois, a été l'objet d'études de MM. Legrand du Saule (*Loc. cit.*), Magnan (*Loc. cit.*), Regnard (*Loc. cit.*). Au dernier moment, nous lisons une dernière fois son histoire dans les *Ann. méd. psych.* (sept. 86), faite par M. Christian, qui nous apprend que le comte de R... vient de mourir à la suite d'accès épileptiformes, après seize ans d'intoxication par l'alcool et par l'éther; nous n'insisterons donc pas sur son histoire.

Nous ne citerons à propos de ce malade qu'une anecdote entre mille; pris un jour du besoin irrésistible de l'éther qui le torturait, R... prit une voiture de place et alla réveiller un pharmacien, qui nous a raconté lui-même le fait, à une heure avancée de la nuit : « Je ne peux plus vivre, je souffre trop, donnez-moi 150 grammes d'éther, et le royaume des cieux est à vous. » —

L'Irlande qui est déjà si ravagée par l'alcoolisme a surtout la spécialité de l'éthérisme.

Cette pernicieuse habitude est même si répandue dans certains comtés, tels que ceux de Londonderry et Tyrone que le Synodé adressa une demande au Parlement tendant à obtenir une réglementation du trafic de l'éther, et des mesures propres à restreindre ce nouveau genre d'ivrognerie. — Devant le nombre d'admissions dans les asiles d'aliénés à la suite des *buveurs d'éther*, la Chambre des Communes a pris cette proposition en considération (*Semaine médicale* du 3 avril 1889).

Je pourrais citer ici bien des cas de ce genre. Car il y au-

rait, dans cet ordre d'idees, tout un chapitre intéressant à ajouter à l'excellente thèse de notre ami et collègue Dericq [1].

On trouve dans les auteurs d'autres exemples mettant bien en relief chez un seul et même individu, déséquilibré, du reste, cette présence de plusieurs intoxications d'origine différente. — C'est ainsi que nous avons trouvé signalé par Whipham (*Clin. soc. Transact.*, VIII, p. 108, 1875) le fait bien intéressant d'un malade adonné à la fois à la morphinomanie, au bromisme, au chloralisme, et adonné par surcroît à l'usage du haschich et de l'alcool.

Cette origine unique, cette communauté d'origine, cette parenté étroite entre les intoxications et les états de dégénérescence héréditaire, conduit naturellement à admettre l'hypothèse d'une grande synthèse réunissant tous les appétits, tous les faits du même ordre. — Nous n'avons plus à discuter ici s'il y a dans cette grande synthèse des dégénérés héréditaires, tout autre chose qu'une ingénieuse hypothèse. — Ce qu'il nous importe seulement de savoir pour notre étude, pour le point particulier que nous discutons, c'est que *l'état mental des dégénérés, tels que l'ont décrit Morel d'abord, Magnan ensuite, se trouve souvent à la base de toutes les intoxications morbides*. En effet, à la base de toutes les intoxications morbides, quelles que bizarres qu'elles soient, on retrouve bien souvent le même état mental prédisposant : l'état mental des héréditaires dégénérés.

En dehors de toutes les considérations particulières que nous avons passées en revue, et qu'explique la coexistence

[1] DERICQ, *Coexistence de plusieurs délires et de plusieurs intoxications chez le même individu.* Thèse, 1886.

On peut voir aussi : V. MAGNAN, *Coexistence de plusieurs délires de nature différente. Arch., Neurologie.* 1880.

des différentes intoxications, il y a là une question de terrain qui prime tout.

En d'autres termes, il faut, comme nous le disions plus haut, pour expliquer cette coexistence, invoquer encore ici cet état mental si spécial des héréditaires, des dégénérés de toutes classes, si bien mis en relief par Morel surtout.

C'est en vertu de cette recherche de l'inconnu qui distingue cette classe d'individus, c'est en vertu de leur appétence quasi-congénitale, qu'on me pardonne cette expression, que son état mental bien spécial poussera l'héréditaire à toutes ces intoxications artificielles que nous avons passées en revue. C'est cet appétit irrésistible pour toutes les jouissances possibles, qui explique ces associations, ou au moins ces successions incroyables de toutes ces passions malsaines qui expliquent, comme on l'a vu dans quelques-unes de nos observations, ces coexistences chez un seul et même individu du morphinisme, de l'éthérisme, de l'alcoolisme, de l'absinthisme.

C'est cette prédisposition spéciale qui fait que ces passions elles-mêmes se multiplient. Nous parlions tout à l'heure du cocaïnisme :

Le *cocaïnisme* ajoute, en effet, un chapitre intéressant à l'histoire de la coexistence de plusieurs intoxications d'origine différente chez le même individu, car d'après la remarque d'Erlenmeyer, qui a le premier décrit cette nouvelle passion [1], le cocaïnisme serait toujours lié au morphinisme, à un tel point, que cet auteur ne décrit pas une nouvelle maladie isolée, mais bien une maladie qu'il appelle morphino-cocaïnomanie. En effet, ces deux affections qui sont la conséquence l'une de l'autre, coexistent toujours chez le même individu. M. Erlenmeyer nous a communiqué obligeamment, à ce sujet, plusieurs observations inédites intéressantes dont nous avons parlé ailleurs [2] et nous ne reviendrens pas ici

[1] Erlenmeyer, *Cocaïnsucht. Deutsch. médic.* Zeitung, 1886, n° 46.
[2] Erlenmeyer, *Cocaïnsucht. Deutsch. méd.* Zeitung, 1888, n° 46.

sur cette question. Le médecin de Bnedorf a, du reste, publié un article intéressant [1] sur cette nouvelle passion qui serait plus terrible encore que la morphinomanie. Nous avons longuement développé ailleurs ce qui a trait à cette nouvelle passion;

Théisme. — Dans cet ordre d'idées, il y a un nouveau vice, et que l'on trouve souvent encore surajouté à l'éthylisme et qui règne en maîtresse en Amérique, mais qui n'a pas encore pénétré chez nous, c'est le *théisme*, qui consiste à fumer du thé de première qualité en fines cigarettes. Cette passion est d'autant plus funeste que pour combattre ses effets lointains (nausées, etc.), les jeunes Américaines absorbent par jour *deux ou trois* absinthes glacées. La statistique hospitalière de Boston donne ce vice comme très répandu; elle donne, en effet, un chiffre de cent cinquante-huit théiques. Dans le théisme, comme dans toutes les intoxications morbides, il y a d'abord la recherche de sensations inconnues et agréables, puis l'accoutumance et l'élévation croissante des doses, la dépression physique et psychique; enfin le terme fatal par la cachexie théique, car il y a la cachexie théique, comme il y a la cachexie morphinique, alcoolique, absinthique, cocaïnique, etc. Cette maladie a été signalée pour la première fois en Amérique, en 1879, par Morton.

Naphtomanie. — C'est aussi à Boston qu'une nouvelle intoxication vient de naître, la *naphtomanie*. Les jeunes Américaines qui s'y sont surtout adonnées, ont sur elles un flacon de naphte. — Il leur suffit d'aspirer le gaz que dégage le pétrole brut ou naphte, et ses vapeurs nauséabondes provoquent une ivresse réelle, mais des plus pernicieuses (*Ann.*, 1889).

[1] Il a été publié tout récemment dans le journal de M. le professeur Ball.

Strychnine. — *Sulfonal.* — Nous n'en finirions pas si nous voulions simplement énoncer les agents artificiels auxquels on demande ici par *habitude* une ivresse journalière. La *strychnine* et le *sulfonal* ont aussi leurs adeptes. — C'est au point qu'un industriel, à qui nous ne voulons pas faire de réclame, sous le nom d'agents *passionimétriques*, a mélangé différents médicaments dits *enivrants* (?) et donnant la dose d'ivresse désirée (? ?).

Dans les différents pays, les intoxications maladives prendront ainsi différentes formes, parfois des plus surprenantes ; mais partout, dans tous les pays du monde, les intoxiqués, les adeptes de ces passions bizarres se recruteront parmi les déséquilibrés.

— On aura, dans cet ordre d'idées, les thériaquis, les mangeurs d'opium de Turquie, les fumeurs d'opium de la Chine ; l'Amérique aura les théistes, les naphtomanes, l'Allemagne le cocaïnisme, l'Irlande ses buveurs d'éther, l'Europe le morphinisme, l'Algérie l'absinthisme, les orientaux le hachichisme, etc. etc.; l'alcoolisme enfin étendra ses rameaux sur tout l'univers. —

Et je ne parle que des intoxications, que des passions les plus répandues.

Ici donc, dans la question des intoxications, des délires et des états toxiques multiples chez le même individu, il faudra, avant tout, se souvenir de ce fait clinique, que Lasègne a si bien mis en lumière : *Quand on a affaire à un intoxiqué, la question de terrain prime tout.* Il faudra, avant tout, se convaincre de ce fait que l'appétit pour les divers agents d'intoxication est souvent associé à d'autres signes de dégénérescence tant physiques qu'intellectuels; à d'autres symptômes de déséquilibration. Cette proposition que Lasègne a formulée aussi sous cette forme hardie et si vraie : « Ne devient

pas alcoolique qui veut, » peut être généralisée et étendue à tous les agents d'intoxications connus sans exception.

Le résultat d'un examen attentif, fait dans ce sens, donnera en effet souvent raison à l'observateur.

Et, chez les individus placés sous le coup de ces différentes passions, de tous ces appétits maladifs que nous avons passés en revue, on trouvera souvent, avec une tare héréditaire, des signes de déséquilibration mentale non douteux. Ce qui montre la vérité de la proposition émise plus haut et empruntée à Lasègne.

« *Ne s'intoxique pas qui veut* », dirons-nous en paraphrasant son axiome clinique. Et c'est ainsi que nous finirons cette étude comparée des différentes passions toxiques, en nous appuyant pour terminer sur cette grande autorité que nous avons si souvent invoquée au début, et pendant tout le cours de notre travail.

6° Coexistences d'autres éléments surajoutés. — Affections nerveuses. — Grossesse.

Il nous reste maintenant à étudier les caractères de la morphinomanie avec d'autres troubles nerveux et autres, coexistence qui peut avoir encore ici la plus grande importance au point de vue médico-légal. Je n'étudierai pas tous ces troubles naturellement; je ne passerai en revue que certains états, comme l'hystérie, la puerpéralité qui ont été invoquées par les prévenus dans quelques procès retentissants et de l'épilepsie qui pourrait être une coexistence possible.

a. HYSTÉRIE

Parmi les troubles nerveux et autres, le plus souvent invoqué par les morphinomanes, pour l'intérêt de leur défense,

et constaté du reste quelquefois, devait naturellement se trouver l'hystérie.

En effet, plusieurs fois dans le cours de notre étude médico-légale, nous avons fait remarquer que, dans les expertises, toujours les faits délictueux, du moins en France, concernaient des femmes. D'autre part, si nous nous reportons aux actes incriminés, nous voyons qu'il s'agit de vol quatre fois à l'étalage (Expertises Lunier, Brouardel, Motet, Garnier). Si de plus nous nous reportons à ce que nous avons dit plus haut sur l'appétit malsain qui pousse les nerveux, les névropathes, les névroses en un mot à recourir à la morphine, il ne faut pas trop s'étonner de voir que parmi les morphinomanes il puisse y avoir des hystériques, ou au moins des femmes se disant telles.

Il importe donc de rechercher avec beaucoup de soin, en pareil cas, si les troubles incriminés ne relèvent pas de l'hystérie, ou dans tous les cas, s'il n'existe pas en pareil cas des phénomènes hystériques, un état hystérique qui ne diminue pas dans de certaines limites le libre arbitre de l'intoxiqué.

La question en pareil cas n'est pas bien difficile à résoudre.

Elle comporte deux points à élucider :

1° L'inculpée est-elle hystérique ?

2° Les troubles hystériques peuvent-ils expliquer le délit incriminé ?

Le premier point est évidemment d'une simplicité élémentaire. Il suffira d'être un tant soit peu clinicien et c'est tout. On examinera toutes les fonctions les unes après les autres, surtout les fonctions de sensibilité sensitivo-sensorielle, s'attachant surtout au trouble de sensibilité générale (anesthésie, hémi-anesthésie), aux troubles de la vision (examen du champ visuel), etc. etc.

On examinera soigneusement à ce point de vue l'histoire pathologique de la délinquante, on s'enquérera s'il n'y a pas

eu autrefois des convulsions, s'il n'y a pas eu des ascendants épileptiques et hystériques, s'il n'y a pas actuellement des attaques.

Sous ce rapport, l'examen de Madame de Saint-J..., soumise à l'expertise de M. le docteur Motet, pour un cas de vol à l'étalage, présente une excellente ligne de conduite à suivre en pareil cas. Nous en extrayons les quelques passages nécessaires à notre cause [1].

Madame de Saint-J... a perdu sa mère de très bonne heure; recueillie par M. de B... elle eut dans la femme de celui-ci un spectacle attristant : celle-ci, folle du reste, prit la jeune fille en haine, la poursuivit un couteau à la main, et lui causa une telle frayeur qu'il s'en suivit *une crise nerveuse des plus violentes.*

A la mort de son tuteur, inquiétudes vives ; accidents nerveux compliqués de délire.

Mariée à la suite d'une contrariété, attaque *d'hystérie convulsive* et perte complète de la vue pendant onze jours.

Recouvre la vue tout à coup.

Nouvelle attaque convulsive et nouvelle cécité en 1878, qui dura cinq jours.

En 1879, accès de véritable manie hystérique avec hallucination terrifiante.

Séjour dans une maison de santé...

En 1879, douleur ovarienne pour laquelle on lui fait des injections... Morphinisme... Vol à l'étalage au magasin de la ville de Saint-Denis. . Acquittement.

Nous n'avons extrait de ce rapport que ce qui a trait aux phénomènes nerveux et hystériques. On voit avec quelle habileté l'expert a su voir clair dans l'histoire pathologique de cette malade, avec quel art il a su, par un diagnostic rétrospectif très intelligemment mené, affirmer le diagnostic de la névrose convulsive.

[1] MOTET, *Loc. cit.*

Ce point, on le comprend, a dans l'espèce, une importance capitale sur laquelle, à l'exemple de ce légiste distingué, on ne saurait trop insister.

C'est ainsi que dans une expertise du même genre, M. P. Garnier, dans un rapport que nous avons cité souvent, est arrivé aussi à diagnostiquer l'hystérie par la *suppression de la morphine :* à la suite de cette suppression, développement d'attaques hystériques très nettes que faisait cesser une piqûre.

C'est ainsi que nous-même dans l'observation d'A... par le renseignement héréditaire (hérédité similaire maternelle) et par les renseignements personnels, nous avions posé le diagnostic d'hystérie.

Nous avons insisté un peu sur ce premier point : Reconnaître l'hystérie, parce qu'une morphinomane peut se retrancher derrière cette névrose pour les besoins de sa cause: Témoin l'affaire Fiquet, où la principale accusée, la femme Fiquet, simula pendant longtemps des crises hystériques avec point ovarien, etc.

Mais l'habile expert, chargé de cette affaire, n'eut pas de peine à déjouer cette tromperie.

Le *second point* à élucider est celui-ci : l'hystérie confirmée peut-elle expliquer le délit incriminé, l'expliquer ?

La réponse à cette question est difficile à formuler par oui ou par non.

On sait en effet que dans les cas de kleptomanie, non criminel, de vol à l'étalage pathologique, il y a, outre les cas de grossesse, d'épilepsie, de dégénérescence mentale, quelques cas d'hystérie, mais on sait d'autre part que les impulsions inconscientes et irrésistibles sont extrêmement rares dans l'hystérie et que ce qui fera surtout l'irresponsabilité dans cette névrose c'est le niveau mental.

Il n'y a donc pas de ligne précise à établir en pareil cas, elle variera d'après chaque inculpée.

Il faudra donc, chez une hystérique, étudier attentivement

l'état mental, et selon le degré de ce niveau mental, conclure soit à l'irresponsabilité pleine et entière avec M. Motet, soit avec Garnier à la responsabilité atténuée, en tenant compte du degré d'intoxication, des antécédents héréditaires et personnels de l'inculpée, autant que de l'hystérie.

b. Grossesse. — On n'a pas manqué non plus d'invoquer dans un cas de vol à l'étalage, avec la morphinomanie, la grossesse, excuse à la mode et si connue des voleuses à l'étalage. Dans le cas en question, le cas de la femme G... (Rapport Brouardel) inculpée de vol à l'étalage des magasins du Louvre, mettait le délit sur le compte d'une impulsion morbide à voler, étant enceinte et morphinomane.

Dans le cas soumis ici à l'expertise, la question fut vite résolue, il fut reconnu que la femme G... n'était pas enceinte. Mais si elle eut été réellement enceinte, quelle aurait dû être la conclusion ?

Interroger avec soin toutes les circonstances de l'acte incriminé.

Il n'eut pas été difficile alors de lui trouver des caractères spéciaux et surtout un cachet particulier d'absurdité qui met de suite sur la voie et qui ne trompe pas. C'est ainsi que dans un cas de kleptomanie puerpérale, Legrand du Saule cite le fait d'une femme qui avait volé et caché chez elle mille cols-cravates [1].

Épilepsie. — La coexistence de l'épilepsie dans un cas de morphinisme médico-légal n'a jamais été invoqué ni constaté.

Il est évident que, dans ce cas, il y aurait à chercher les circonstances du délit, savoir s'il pourrait être le fait d'une *impulsion comitiale*, dans lequel cas le principal caractère serait l'*inconscience* absolue. Il y aurait lieu de rechercher dans les antécédents héréditaires et personnels, s'il n'est pas

[1] LEGRAND DU SAULE, *Leçons médicales*.

question d'attaques, de vertiges, etc. Et enfin, dans le cas où il serait avéré que l'acte incriminé a les caractères d'un délit comitial, il va sans dire que l'expert, sans même tenir compte de l'intoxication morphinique, devrait conclure à une irresponsabilité entière.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉTAT MENTAL DE MORPHINOMANIE

De ces considérations sur l'état mental des morphinomanes, il nous est permis de conclure que :

1° La morphinomanie *ne doit jamais entraîner l'irresponsabilité* quand elle existe seule et détachée de tous les états coexistants que nous avons passés en revue.

2° Une longue intoxication ayant entraîné un affaiblissement intellectuel, peut cependant enlever à un morphinomane l'exercice intégral de son libre arbitre. — Mais ici même, *il devra y avoir seulement atténuation de responsabilité, responsabilité partielle;*

3° Nous basons ces deux conclusions sur ce fait que nous croyons avoir prouvé, que *la morphinomanie n'est pas une psychose*, et que l'état mental seul peut être atteint.

4° La question de la coexistence d'un élément étranger surajouté pourra dans certains cas entraîner l'atténuation de responsabilité, soit même quelquefois l'irresponsabilité pleine et entière.

Il est évident que dans ces questions de responsabilité partielle si délicates que soulève en certains cas le morphinomanie, il n'y pas de dynamomètre, comme nous le disions, il n'y a pas de *phrénomètre*, pour employer l'ingénieuse expression de M. J. Fabret, rappelée à la tribune académique par M. le Professeur Ball [1]. Il n'y a pas de méthode infaillible. Mais nous croyons cependant possible chez un mor-

[1] 7 sept. 1887.

phinomane, d'apprécier le niveau mental qui entraînera ou non une responsabilité partielle.

Ajoutons, du reste, que ces conclusions sont admises en France et en Allemagne. — Dans ces pays, l'intoxication morphinique dégagée de tout élément étranger, n'est pas regardée comme une excuse[1]. En Amérique, en Angleterre, on aurait aussi une certaine tendance, comme le prouvent certains jugements, non seulement à ne pas regarder la morphinomanie en *elle-même* comme devant entraîner l'irresponsabilité mais même on ne regarde pas cette passion comme pouvant faire bénéficier des circonstances atténuantes [2];

— Il va sans dire que les conclusions précédentes ne s'adressent qu'au morphinisme en état, et non à *l'abstinence morphinique*, qui au contraire entraîne des conclusions tout opposées. —

[2] OBERSTEINER, *Chronic morphinismus* (Brain, 1880. 2 Brand) J'ai dit d'ailleurs le cas dont il s'agit dans cette observation médico-légale).

[3] KANE, *Some medico-legal aspects of morphinia taking with special reference « to the Lamson case* (*The alienist neurologist* juillet 1882).

Dans cet aperçu médico-légal le Dr Lamson, morphinique depuis de longues années, avait un parent dont il pouvait, paraît-il hériter; il l'empoisonna avec de l'aconit. La défense plaida inutilement l'acquittement sous le prétexte d'aliénation mentale. — Le Dr Lamson fut condamné à mort.

CHAPITRE III

ABSTINENCE MORPHINIQUE. — (SES RAPPORTS AVEC LA RESPONSABILITÉ)

NOTIONS PRÉLIMINAIRES. — TROUBLES PSYCHIQUES DE L'ÉTAT D'ABSTINENCE EN GÉNÉRAL.

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici la description des symptômes provoqués par la suppression des injections de morphine. Cette étude a été faite dans la première partie de ce mémoire.

Nous avons vu qu'alors ces symptômes présentés peuvent être de deux ordres : symptômes d'excitation maniaque et symptômes de collapsus. Ces symptômes ont été bien décrits en Allemagne, où la suppression brusque a été organisée, comme on l'a vu, en méthode de traitement par Levinstein [1]. D'autres médecins allemands, Obersteiner [2] et Leidesdorff ont bien décrit les phénomènes présentés par l'abstinence morphinique. Celui-ci [3] en cite cinq cas intéressants. Le dernier concerne un médecin devenu morphinique par curiosité. Ce malheureux lutta pendant six ans contre sa malheureuse passion. Il fit deux tentatives inutiles, deux de suppression graduelle, deux de suppression brusque. Une dernière tentative de suppression brusque où il eut à vaincre

[1] *Loc. cit.*
[2] *Loc. cit.*
[3] LEIDERDORF. *Die morphium sucht* (*Wiener medical Wochenschrift*, 1876, XXVI, 25, 26.

des difficultés insurmontables, réussit enfin, après plusieurs menaces de collapsus.

Dans le second chapitre de notre première partie, nous avons, nous aussi, donné quelques détails sur les phénomènes de l'abstinence morphinique, et avons cité à l'appui plusieurs observations. Mais nous avons surtout insisté précisément à ce moment sur les troubles physiques, laissant à dessein dans l'ombre les phénomènes d'ordre psychiques provoqués par l'abstinence, pour nous en occuper spécialement ici, au chapitre de la responsabilité médicale. — Nous avons aussi reproduit à ce moment de très courts extraits d'observations allemandes et françaises, venant contrôler les nôtres.

Il en est résulté alors ces conclusions que nous reproduisons ici :

« Les fonctions cérébrales à ce moment se trouvent par le « fait de la suppression surexcitées au *summum* ;

« L'état mental observé alors ne se trouve plus du tout « comparable à l'état mental observé dans le cours du mor- « phinisme.

Il fait place à un état délirant particulier (hallucinations, impulsions, angoisse extrême) que l'on ne trouve plus dans le morphinisme, où les impulsions n'existent pas, et les hallucinations sont tellement rares que quand elles existent, on doit les rapporter le plus souvent à un élément coexistant ; délire alcoolique ou autre.

On conçoit donc qu'un état si dissemblable puisse prêter à des considérations médico-légales bien différentes et qu'au point de vue de la responsabilité, le morphinique à qui l'on supprime ses injections doive être devant la loi dans une situation bien différente de celle du morphinique en puissance.

Les idées que nous avançons ici ne sont pas du reste simplement hypothétiques, elles ont un intérêt pratique de premier ordre au point de vue spécial qui nous occupe en ce moment, l'étude médico-légale de la morphinomanie.

Dans plusieurs expertises judiciaires faites sur cette question, l'état d'abstinence morphinique a été soumis par les tribunaux, du moins implicitement, à l'appréciation des médecins, et les conclusions de ces derniers, ainsi que les considérations qui y mènent, sont même intéressantes à étudier et à commenter.

Peu de rapports médico-légaux, tant en France qu'à l'étranger ont été publiés à ce sujet, mais ceux qui ont été faits dressés par des légistes éminents sont très complets au point de vue qui nous occupe.

Je répéterai du reste ce que je disais dans les considérations préliminaires de notre étude médico-légale : à défaut de rapports médico-légaux, d'étude spéciale, il y a les faits cliniques qui sont assez nombreux et qui donnent des détails assez précis sur la question de l'abstinence morphinique.

En Allemagne, les deux monographies les plus complètes du morphinisme, celle de Levinstein et de Erlenmeyer abondent en observations de ce genre.

En France, je ne relaterai pas ici toutes les études intéressantes qui signalent des faits de ce genre ; je l'ai fait ailleurs et ce serait me répéter inutilement : nous y puiserons au fur et à mesure des besoins de la discussion.

Nous-même dans le cours de ce mémoire avons relaté avec détail plusieurs observations personnelles touchant ce point intéressant.

Or, à défaut de rapports médico-légaux, à défaut d'étude spéciale, ne peut-on pas à l'aide de tous ces faits cliniques, à l'aide de nos observations, à l'étude des observations empruntées aux différents auteurs qui se sont occupés du morphinisme, ne peut-on pas arriver à donner des conclusions, à tracer des lignes de conduite ? Nous croyons la chose possible. Nous croyons même que c'est l'étude des malades qui nous donnera le seul moyen d'arriver à faire le jour sur cette question, et nous sommes persuadé qu'ici, comme pour l'objet de notre premier chapitre « la médecine légale de la morphino-

manie se fondera plus sûrement avec la clinique extra-judiciaire, qu'avec la clinique judiciaire [1] ».

Nous croyons, en résumé, qu'en commentant les quelques rapports parus sur la question, et surtout en étudiant les faits cliniques, on peut arriver à se faire une idée très nette :

1°. — De l'état mental de l'inculpé en pareil cas, et partant, de sa responsabilité ;

2°. — Des conclusions pratiques qui découlent de cet examen.

Nous avons vu que l'état du morphinisme en dehors de la puissance morphinique était surtout caractérisé par une apathie, une indifférence du caractère, en un mot parce que Fournier appelle dans la syphilis cérébrale et dans le tabes la perte du tempérament moral.

Il s'y joint surtout dans la dernière période un affaiblissement de toutes les facultés mentales, intellectuelles, affectives, volontaires et morales, affaiblissement qui peut aller jusqu'à la disparition complète.

En somme c'est là le résumé, c'est là le fond de l'état mental du morphinomane en cours d'intoxication.

Nous avons vu combien en pareil cas était rare l'état de lirant proprement dit.

On sait en effet la distinction qu'on doit mettre entre ces deux états, état mental, état délirant proprement dit, distinction fondamentale puisque dans un cas il n'y a aucun élément surajouté, c'est une question de quantité et de qualité dans la capacité mentale tout simplement, tandis que le délire est un élément surajouté dont les formes varient à l'infini, il est vrai, mais qu'ici nous résumons, pour la commodité de la description, en trois modalités :

[1] Marandon de Montrel, *Morphinomanie, Ann. médic. psych.* janvier 1885, p. 63.

1° L'*état maniaque ;*
2° Les *hallucinations ;*
3° Les *impulsions.*

Or, si dans le cours de l'intoxication morphinique, l'état mental caractérisé par un affaiblissement général des facultés domine, et si l'état délirant est absolument exceptionnel, nié même par certains auteurs (nous avons fait remarquer à plusieurs reprises que dans nos observations nous ne l'avions jamais rencontré quand le morphinomane était débarrassé d'éléments étrangers), si en résumé l'état mental est tout dans l'*intoxication-symptôme*, les rôles sont absolument intervertis dans l'*abstinenz-symptôme.*

Ici en effet l'état mental est relégué au second plan et le délire domine la scène, nous parlons bien entendu des cas de suppression dans le morphinisme avéré, où la dose injectée journellement atteignait et dépassait 30, 40 centigrammes.

Nous ne voulons pas dire par là que les symptômes touchant l'état mental du morphinomane disparaissent à ce moment-là, mais l'état délirant, l'état maniaque même dominent tellement la scène qu'ils passent inaperçus et qu'il n'y a pas à en tenir compte dans l'espèce.

Dans cette description nous avons simplement en vue, cela est évident, les cas de suppression brusque chez un morphinomane qui absorbe journellement des quantités notables de morphine. Le tableau symptomatique évidemment ne sera plus le même, si les doses sont peu élevées et on pourra ainsi assister à toute une gamme ascendante entre les doses élevées et les quantités très minimes.

C'est précisément ce que nous nous proposons d'étudier ici en ce moment. Ce sont précisément ces états d'abstinence bien différents selon la dose injectée journellement que nous allons passer en revue, et qui nous présenteront également des considérations différentes au point de vue de la responsabilité médico-légale.

Il était du reste facile de prévoir que la suppression brusque pût déchaîner tout ce cortège de symptômes caractéristiques, avant même que les faits cliniques soient venus le démontrer.

Tout le monde connaît en effet l'irritabilité, l'angoisse même du morphinomane qui attend sa piqûre.

Il semblerait que la morphine, pour l'usage et l'accoutumance, devient un besoin physique pour les cellules cérébrales, au même titre que les aliments et l'eau pour les cellules de l'organisme en général. Cette assimilation est tellement vraie que ce besoin se fait sentir à des heures régulières comme le besoin de la faim et de la soif. Nous avons été amené à émettre ces considérations par l'histoire d'un de nos amis morphinomane, pour qui le moment des injections était réglé à deux ou trois minutes près ; si cette courte période était dépassée, il en était immédiatement averti par une sensation indéfinissable pour laquelle il ne pouvait trouver aucune épithète, mais qu'il comparait volontiers à la sensation qu'on éprouve lorsqu'on est pris d'une soif ardente qu'on ne peut étancher. Dans ces conditions, il se comparait tristement lui-même à une horloge ambulante : se faisant sept ou huit piqûres dans la journée, il était à la vérité arrivé à pouvoir donner, sans se tromper, l'heure précise des principaux moments de la journée. Nous demandons la permission de dire ici un mot de son histoire : — Employé dans un grand service d'hôpital, et quelquefois obligé, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, à retarder ses piqûres, sa physionomie prenait à ce moment une mimique caractéristique qui étonnait tout son entourage, sauf ceux, qui comme nous, savions à quoi nous en tenir. Il semblait qu'à ce moment il attendait impatiemment quelqu'un ; se retournant à chaque instant, anxieux et ne pouvant tenir en place, jusqu'à ce qu'enfin, lorsque l'empêchement durait trop longtemps, il s'absentait sous un prétexte quelconque et revenait au bout de quelques instants comme

si rien d'anormal ne s'était passé. Nous avons même assisté un jour à une explosion de symptômes subits qui étonna fort autour de lui ; n'ayant pu, pour des raisons spéciales, s'absenter au moment réglé, et cet empêchement ayant duré trop longtemps, il fut pris de pâleur, de vomissements incoercibles, qui cessèrent subitement après une absence de deux minutes.

Ce retour brusque et instantané, non seulement de la santé, mais même des couleurs de la figure, n'étonnait pas ceux qui étaient dans le secret : notre ami avait mis à profit sa courte absence pour se pratiquer une piqûre, qui avait tout ramené dans l'ordre.....

De par l'accoutumance, la morphine devient donc un besoin cent fois plus tenace que le besoin de la faim, que le besoin de la soif, même que le besoin de l'alcool pour l'ivrogne. Nous ne pouvons mieux le comparer, dans cet état seulement (et nous reviendrons plus tard sur cette comparaison lorsque nous parlerons de la responsabilité médico-légale dans le cas d'abstinence), qu'au dipsomane, qui, lorsque son accès le prend, ne reconnaît plus rien, sacrifie tout, pour assouvir son besoin d'alcool. Nous verrons bientôt quelles sont les différences et les ressemblances de ces deux états, au point de vue du libre arbitre.

Nous pourrions multiplier les exemples pour montrer l'irritabilité particulière, l'obsession pour ainsi dire, je dirai même l'attente angoissante des morphinomanes qui voient leur piqûre ajournée.

On trouvera dans les auteurs qui ont écrit sur cette question, des détails intéressants. Zambacco, dans l'étude si intéressante qu'il a publiée dans l'*Encéphale* [1], cite l'histoire d'un docteur dont les angoisses, dans des conditions pareilles, sont bien caractéristiques.

Ce malheureux priait son médecin, sa femme, tous ses

[1] Zambacco, *Loc. cit.*

amis, de cacher ses solutions. Mais l'heure des piqûres venue, il devenait un enfant véritable, employant des ruses d'écolier, jouant à cache-cache avec son médecin, pour ressaisir ses solutions et les cacher sous des meubles, dans sa table de nuit. Il était ainsi arrivé à tromper ses proches et à s'administrer des injections de morphine ; il a fini par succomber véritablement intoxiqué.

Erlenmeyer, dans des notes encore inédites[1], qu'il a bien voulu nous communiquer, parle de morphinomanes venant aux heures habituelles de leurs piqûres, se prosterner à ses genoux en véritables suppliants. On trouve du reste dans son travail sur la morphinomanie, d'autres exemples très intéressants[2].

Je m'arrête dans cette énumération ; il faudrait, ici, citer tous les auteurs qui ont écrit sur la morphinomanie; car chez tous les morphinomanes, quels qu'ils soient, on retrouve cette souffrance indicible, se répétant aux mêmes heures ; on retrouve cette attente angoissante, on voit tout ce désordre psychique cédant à une piqûre qui ramène le calme. Le morphinomane tourne ainsi dans un cercle vicieux qui ne contribue pas peu à user ses fonctions cérébrales par sa répétition : une piqûre lui donne un calme momentané, qui fera, à son tour, place à une sensation de malaise plus ou moins vif, et ainsi de suite.

Ce malaise se retrouve même, du reste, en dehors du morphinisme, en dehors des véritables morphinomanes, c'est-à-dire d'individus pour qui la morphine est devenue un aliment nécessaire, au même titre que les autres aliments. Je veux parler ici des individus auxquels, dans un but thérapeutique, on pratique des injections de morphine. Les premières sont pénibles et produisent des vomissements, les autres, indifférentes et seulement analgésiques : puis enfin,

[1] *Encéphale*, 1887.
[2] Erlenmeyer, *Die Morphiumsucht.* (Leipsig et Neuvied 1883), Heusers Verlag.

à partir de la dixième environ, elles deviennent euphoriques.

Or, à ce moment, aux heures accoutumées, l'esprit s'inquiète, attend anxieusement l'injection habituelle. Nous avons tous connu de ces malades, souvent des cancéreux, qui passaient tout le jour à attendre leur ration quotidienne, comptant les heures, les minutes mêmes; si, par malheur, on oubliait leur injection, ils auraient plutôt dérangé tout l'hôpital pour avoir de la morphine. Pour ces malades, la morphine est devenue non seulement un analgésique, mais un aliment pour le cerveau. Et ceci est tellement vrai, que si vous remplacez les injections par un autre analgésique, tel que le chloral, le bromure, etc., le malade se répand en récriminations des plus vives, qui vous forcent à revenir à la morphine.

Ceux seulement qui ont été soumis pendant un certain temps à ces injections, sont à même d'apprécier la vérité et l'exactitude de cette assertion. Sous ce rapport, qu'on nous permette d'invoquer notre petite expérience personnelle : Soumis pendant trois mois, dans le cours d'une affection aiguë, assez intempestivement du reste, à une dose journalière de morphine, pouvant s'élever à 2 et 3 centigrammes, nous étions arrivé au bout de ce laps de temps, à regarder cette pratique comme une nécessité vitale, comme un aliment duquel nous ne pouvions nous passer. Nous avons pu nous convaincre alors, par nous-même, combien était justifiée la description qu'on faisait de ce désir, de cette anxiété durant l'attente de la piqûre : c'est alors que nous aussi, nous comptions les minutes qui nous séparaient du moment accoutumé. Nous pouvons même dire que nous ne faisions pas grâce de cinq minutes : l'heure venue, nous réclamions impérieusement notre piqûre habituelle, et nous eussions mis *plutôt* sur pied tout le personnel de l'hôpital militaire où nous étions en traitement, plutôt que de nous en passer, et nous pouvons dire que pendant trois mois qu'a duré ce régime, pas une seule fois, grâce à nos réclamations, on

a manqué, ni même retardé de plus d'une demi-heure, l'injection réglementaire.

On voit que pour ces petites quantités de morphine, pour ces doses, pour ainsi dire thérapeutiques, il existe déjà, de par l'accoutumance, une véritable souffrance physique, quand on y apporte le moindre retard. On s'explique donc facilement, combien chez le vrai morphinique, le moindre retard peut produire d'irritabilité, quel trouble psycho-somatique peut produire une suppression complète chez des individus qui absorbent, non plus 2 et 3 centigrammes, mais 30, 40 centigrammes et plus, par jour.

On prévoit déjà que cette suppression complète doit produire chez le morphinomane, outre des troubles physiques et des troubles d'irritabilité, un cortège de symptômes bruyants qui mettent le morphinique dans un état bien spécial.

C'est précisément cet état psychique bien spécial que nous devons étudier, et qui présente pour nous, en ce moment, au point de vue de la responsabilité médico-légale, un intérêt de premier ordre.

— Nous ne parlerons pas évidemment ici, des troubles physiques que nous avons suffisamment discutés dans la première partie de notre mémoire, nous ne nous occuperons que de l'état psychique, le seul qu'il nous importe ici de connaître.

Cet état psychique si remarquable est bien décrit par Levinstein qui, naturellement, avec son système de traitement, la suppression brusque, pratiquée sur une grande échelle, a été, plus que personne, à même de le constater ; et on trouve sous ce rapport dans sa monographie du morphinisme des détails intéressants, car ses observations roulent sur un grand nombre de malades.

Erlenmeyer, également placé à la tête d'une maison spéciale comme il en existe en Allemagne, en Angleterre et aux États-Unis « Heilanstalt für Morphiumsüchtige », et qui a d'abord, comme il le dit, lui aussi, dans son travail, expéri-

menté ce mode de traitement, donne des renseignements intéressants.

Disons-le incidemment ici, par ce fait même qu'ils ont sous leur examen des salles entières de morphinomanes, comme nous avons dans nos asiles, des quartiers d'épileptiques que nous pouvons étudier à loisir, les Allemands sont beaucoup mieux que nous à même d'étudier cette triste maladie. Et dans l'espèce, pour ce qui regarde les symptômes d'abstinence morphinique, on ne peut que consulter avec fruit les travaux de médecins spécialistes comme Levinstein, Erlenmeyer qui, ayant traité de nombreux malades par le système du sevrage ont été mieux placés que tout autre pour en observer les effets; aussi mettrons-nous à contribution pour le point particulier qui nous occupe, la grande expérience de ces auteurs, et en particulier le mémoire manuscrit, encore inédit, que M. Erlenmeyer a bien voulu mettre à notre disposition.

Placé à la tête d'un établissement pour le traitement de la morphinomanie, le médecin de Bendorf n'emploie pas comme mode de traitement, nous l'avons vu, précisément la méthode de Levinstein, c'est plutôt une méthode rapide qui tient le milieu entre les deux autres, mais qui présente des troubles également notables, intéressants à noter pour notre étude.

Ce sont tout d'abord au début des inquiétudes, des supplications, des prières, légère excitation maniaque et il donne à ce sujet des détails dans trois observations prises au hasard dans sa clinique.

Après ces considérations préliminaires, étudions maintenant les trois symptômes de l'abstinence morphinique.

§ 1. — État maniaque

Mais c'est surtout dans la suppression brusque qu'on note un bruyant cortège de troubles cérébraux que Levinstein

compare, avec beaucoup de raison, au délire alcoolique, et qu'il appelle *delirium tremens morphinique*. En effet, cet état ressemble fort à l'état de l'alcoolique atteint de pneumonie, par exemple, et qui est sous le coup du *delirium tremens* classique des ivrognes, par l'effet de la suppression de son poison habituel.

Il y a lieu de faire remarquer ici, que c'est cet état d'agitation si caractéristique produit par l'abstinence, qu'il faut ainsi dénommer *delirium tremens* des morphinomanes, et non l'état d'excitation, l'état impulsif survenant dans le cours de l'intoxication, et dû vraisemblablement, comme nous l'avons vu, à un élément surajouté, délire alcoolique probablement. Ce dernier existe, il est vrai, chez des fumeurs d'opium de l'Orient qui ne boivent jamais de vin, mais qui se rattrapent démésurément sur les liqueurs fortes de toutes sortes, lesquelles, dans l'espèce, peuvent bien en être l'origine.

Ce *delirium tremens morphinique* forme le symptôme le plus saillant de l'abstinence et le plus intéressant à connaître ici pour nous. En raison de son origine, nous l'avons appelé *amorphinique*, pour qu'on ne le confonde pas avec le *delirium tremens* d'état, contesté et contestable. Il va sans dire que s'il existe souvent, il peut manquer et peut être remplacé par le collapsus ou alterner avec lui.

Delirium tremens amorphinique. — Il consiste dans un état d'agitation maniaque qui peut révéler tous les degrés d'intensité, depuis la simple excitation maniaque jusqu'aux symptômes violents de la manie aiguë.

Ce sont des mouvements désordonnés que les gardiens ont toutes les peines du monde a refréner et qui vont jusqu'à nécessiter l'emploi de la camisole, moyen dont il faudra cependant n'user qu'à la dernière extrémité. Des gardiens habitués suffisent le plus souvent pour maintenir le malade et l'empêcher de se faire du mal.

C'est qu'à ce moment, en effet, il faudra surveiller le ma-

lade de très près, car les *tentatives de suicide* ne sont pas rares et sont signalées par tous les auteurs [1].

C'est ainsi que dans l'observation de notre malade A..., que nous avons relatée plus haut, des efforts infructueux furent faits par elle pour essayer de se détruire : on se rappelle que dans un but thérapeutique, on lui avait supprimé brusquement la morphine.

Voici, du reste, les extraits de cette observation qui se rapportent à l'agitation maniaque dont nous parlons plus haut et à la tentative de suicide à laquelle nous faisons allusion actuellement.

... A... est isolée dans une chambre spéciale avec une infirmière chargée de la surveiller constamment : ordre est donné de ne la laisser parler à personne...

Entrée le 16 février, le traitement commence le 25 mars... Suppression complète et brusque de la morphine... Agitation : Elle réclame en vain son injection... Elle refuse toute espèce d'aliments et boit seulement du lait.

Dans la soirée, elle réclame impérieusement une piqûre ; elle nous tient les mains, nous supplie d'avoir pitié d'elle, de ses souffrances, et prend la surveillante à témoin de notre cruauté...

Dans la nuit du 25 au 26 mars, agitation extrême. Elle ne peut rester en place, pleure, crie, demande du poison pour en finir. Cherche à avaler des épingles pour se tuer : sommeil nul. Essaye de se couper les veines du bras avec un morceau de verre.

Le 26 au matin, à la visite, mêmes supplications, mêmes prières que la veille : « On veut la tuer lentement pour faire des expériences sur elle, il vaut mieux la tuer tout d'un coup, ce serait moins cruel. Les médecins, ajoute-t-elle, ont déjà essayé ce mode de traitement, mais ils n'ont pas osé persévérer, parce qu'ils voyaient bien que ça la tuerait... »

[1] Le Dr X... (p. 34), en pareille circonstance eut, on l'a vu, des idées de suicide.

Enfin, après des alternatives d'excitation et de dépression, retour à la santé normale.

Ce qu'il y a d'important à signaler dans cette observation, c'est ce fait important d'une véritable agitation maniaque que nous apprécierons tout à l'heure au point de vue de la responsabilité pénale, et la tentative de suicide dont nous reparlerons également.

Dans notre observation de la fille X..., nous trouvons également des détails sur le sujet qui nous intéresse en ce moment et dont nous extrayons les passages suivants :

.. Aux symptômes d'ordre somatique se joignent également des troubles psychiques dignes d'être notés : secousses musculaires, anxiété, puis véritables angoisses... Ces symptômes d'agitation durent très peu et font place au bout de quelques instants à une dépression profonde et à des troubles purement physiques parmi lesquels les symptômes cholériformes : algidité, vomissements, diarrhée dominent toute la scène.

Dans une observation de M. Magnan citée par Gaudry [1] ces troubles d'excitation maniaque sont moins marqués, ils ne durent que le premier jour et ne consistent qu'en cris prolongés et en agitation sans autre épithète. On peut dire cependant, qu'en général, l'agitation est très prononcée et mérite même dans certains cas, comme nous l'avons vu, le nom de délire maniaque, mais ce que nous devrons relever dans cette observation, c'est une sorte de tentative de suicide.

Quelquefois même, comme dans l'observation de M. Garnier, que nous avons citée plus haut, l'agitation est telle qu'elle détermine des attaques hystéro-maniaques extrêmement intenses, que faisait cesser immédiatement [2] une piqûre de morphine.

[1] *Thèse citée.*
[2] Garnier, *Loc. cit.*

Zambacco cite le cas d'une femme qui prenait chaque jour 20 grammes de laudanum de Sydenham. Si l'on venait à le lui supprimer, elle entrait dans une agitation extrême, elle ne mangeait ni ne dormait... Actes désordonnés...

Plus loin le même auteur parle d'un jeune docteur morphinomane chez qui une seule pensée dominait tout le reste : c'est-à-dire se faire une injection. Sa femme ayant un jour voulu s'y opposer, il fut pris d'un véritable accès de manie furieuse ; une injection pût seule mettre un terme à une telle scène d'exaltation. Il est du reste mort après une scène semblable, dans laquelle il avait bousculé et frappé sa femme [1].

Jacquet dans sa thèse inaugurale dit que chez un malade observé par lui, un essai de suppression brusque, amena un délire furieux, des tremblements cloniques, de véritables convulsions.

Comme dans l'observation de M. Garnier, on fut même obligé de l'attacher sur son lit.

Il racontait, après, qu'il aurait voulu tuer dès ce moment tous ceux qui l'entouraient [2].

Nous pourrions sur ce chapitre multiplier les exemples, mais qu'il nous suffise pour le moment de savoir que le premier trouble psychique qui se manifeste dans le cas de suppression brusque c'est un état maniaque qui peut varier depuis la simple excitation jusqu'au délire maniaque le plus violent et à des tentatives de suicide et de meurtre.

Nous ne voulons pas prétendre qu'il existe toujours. Loin de là, non seulement dans quelques cas comme dans notre observation de la fille X..., il peut se réduire à un simple degré d'excitation, mais il peut même manquer complètement et être remplacé au contraire, comme on l'a vu à propos du traitement, par des symptômes de dépression, de

[1] Zambacco, *Encephale*, p. 425 (1882). *Loc. cit.*

[2] Jacquet, *Thèse citée*

collapsus ; ceux-ci sont même, nous l'avons démontré alors, autrement inquiétants, et indiquent alors de la part du médecin qu'il y a une indication pressante à intervenir, en faisant au patient une piqûre de morphine, ce que nous avons fait du reste dans plusieurs cas.

§ 2. — **Hallucinations**

Mais le délire maniaque avec ou sans tentative de suicide n'est pas la seule manifestation cérébrale qui nous intéresse ici dans le sevrage morphinique.

Nous avons vu, quand nous avons parlé des symptômes du morphinisme chronique, combien sont rares alors les hallucinations, quelles qu'elles soient, nous avons vu que dans nos observations nous ne les avons que très peu rencontrées, et que quand elles se sont montrées, elles avaient presque toujours un caractère terrifiant et professionnel, qui nous ont poussé avec bien d'autres considérations, à les mettre sur le compte d'un état mental coexistant, le délire alcoolique surtout. — Nous ne les avons rencontrées que dans les observations classiques d'intoxication aiguë.

Mais si nous ne les avons que très rarement rencontrées dans le morphinisme, et si les auteurs les signalent du reste comme un fait rare, il n'en est plus de même dans l'état d'abstinence.

Au milieu de tous les symptômes produits par la suppression brusque de la morphine, les hallucinations en effet ne sont pas rares. Et par hallucinations nous n'entendons pas les phénomènes qui, ici, comme dans le cours de l'intoxication, prennent la forme de rêves effrayants pendant le sommeil, de cauchemars ; mais nous entendons ici de véritables perceptions sans objet, consistant en visions, aussi bien diurnes que nocturnes, et se montrant aussi bien le jour que la nuit, à l'état de veille que pendant le sommeil.

C'est ce que A..., qui fait le sujet d'une de nos observations, nous a déclaré après sa guérison. Au plus fort de son agitation, au milieu de ses douleurs, elle avait des visions terrifiantes. Elle croyait voir des animaux effrayants par leur forme et leur couleur, et cela pendant ses insomnies.

Il n'y a pas à soupçonner comme on pourrait le croire de prime abord, en raison de la nature des hallucinations, l'intoxication alcoolique, parce que rien dans ses antécédents, ni dans ses fonctions, ne pouvait autoriser cette hypothèse, et parce que du reste, quoique très imprégnée au point de vue physique, elle n'avait jamais, pendant huit ans qu'elle fut observée, éprouvé d'hallucination.

Nous ne pourrions pas en dire autant des phénomènes hallucinatoires observés chez la fille X... où nous trouverons après une suppression brusque « quelques hallucinations, visions d'animaux, de rats, très discrètes du reste ». Car, dans ce cas, nous l'avons démontré, il y avait coexistence d'intoxication alcoolique avérée, intoxication qui avait même provoqué antérieurement des hallucinations éthyliques caractéristiques, visions terrifiantes d'animaux noirs, avec tout leur caractère de mobilité, de cachet professionnel. En raison même de leurs caractères bien significatifs, nous n'avions pas hésité à leur attribuer leur véritable cause.

Du reste, dans l'espèce, il y avait une telle accumulation d'autres preuves en faveur de l'éthylisme qu'il n'y avait pas à hésiter un seul instant : crises nocturnes, pituites matinales, etc. ; que pas un instant nous n'avons pu hésiter sur leur origine alcoolique.

On ne peut donc nier cependant qu'en dehors des cas douteux où l'hallucination dans l'état d'abstinence peut être attribuée à l'élément éthylique surajouté, il existe des hallucinations absolument nettes chez le morphinomane sevré brusquement de ses injections.

Non seulement les faits puisés dans nos observations le prouvent, mais elles sont citées par tous les auteurs

spéciaux. Sans parler des Allemands, qui tous signalent leur existence, on en trouve de fréquents exemples dans les auteurs français ; il en a été en effet cité plusieurs cas. Nous ne citerons que l'observation de M. Paul Garnier [1], une des plus récentes et une des plus concluantes à ce point de vue. On y trouve des hallucinations de la vue plus nettes encore que chez notre malade : je demande du reste la permission d'en citer de très courts extraits se rapportant à ces hallucinations visuelles provoquées par le sevrage morphinique.

... La femme X... pâlit tout à coup, son visage se crispe et avait l'expression d'une souffrance aiguë. « Tenez, la voilà une telle »... A intervalle à peu près régulier, de minute en minute environ, la malade jette un cri perçant, qui retentit comme un appel désespéré, une plainte suprême... Étrangère à tout ce qui l'entoure et comme fascinée par une apparition terrible, elle ne cesse de fixer l'un des angles de sa cellule avec une expression d'épouvante. Du reste pas une parole, pas une exclamation, mais toujours le même cri éclatant dont il a été parlé.

On ne peut, je crois, avoir un exemple plus net d'hallucination sur l'état d'abstinence morphinique. Il est juste cependant d'ajouter qu'il y a avant tout des symptômes de stupeur.

Les hallucinations visuelles existent donc dans le sevrage morphinique. Elles sont indéniables, mais existent-elles seules ? Nous ne le croyons pas, mais nous sommes ici obligé de nous en rapporter aux auteurs ; nos observations personnelles sont muettes à ce sujet. Seulement nous sommes autorisé, par l'examen seul des malades que nous avons vus, à conclure que les hallucinations de l'ouïe doivent exister.

En effet l'aspect des malades, anxieux, tremblants, se mettant sur leur séant, et tendant l'oreille comme pour écouter une injure, une apostrophe, semble assez probant. Du reste

[1] Garnier, *Loc. cit.*

si notre malade A... n'a pas pu nous rappeler les voix, les propos qu'elle entendait, elle nous accuse du moins très nettement des illusions auditives : « C'était, nous disait-elle plus tard, des tintements d'oreilles, des bruits de cloche, comme des glas funèbres. »

On signale également en pareil cas des hallucinations du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale.

§ 3. — Impulsions diverses. — Impulsions délictueuses (vols, meurtre, etc.). — Impulsion au suicide. — État de besoin

Il nous reste à étudier un nouveau phénomène qui au point de vue médico-légal nous présentera tout à l'heure des considérations intéressantes, je veux parler de l'existence des impulsions dans l'état d'abstinence.

Nous avons vu et je ne reviendrai pas sur ce point que dans le cours de l'intoxication morphinique, elles avaient souvent été invoquées comme excuse par des inculpés, et que se retranchant précisément derrière les données cliniques, les experts ne les avaient pas admises et avaient conclu à la responsabilité. Nous avons vu également que l'état de puissance morphinique, que nous nous avons confondu avec l'ivresse morphinique, avait été invoquée par une accusée comme ayant déterminé chez elle, une impulsion au vol[1] ;

[1] Garnier (*Rapport cité*). — Voici dans cette occasion, les paroles même de la morphinomane inculpée : « J'étais, dit-elle, sans travail depuis une quinzaine de jours... situation très pénible... Je fus prise d'un malaise si violent que je me réfugiai dans les cabinets d'aisances, où je me fis coup sur coup quatre piqûres de morphine. En sortant des water-closets j'étais comme étourdie, je me sentais prise de vertige, et je ne sais comment, en passant devant l'étalage des magasins de la place Clichy, je fus entraînée à m'emparer d'une pèlerine. Je me rappelle pourtant bien l'avoir fait. Qu'est-ce qui a pu me faire agir ainsi ? Je ne puis le dire, mais je ne suis pas une voleuse. Après cela, je descendis la rue d'Amsterdam, et parvins jusqu'à la rue de Provence. A ce moment, mon malaise se renou-

et que ce système de défense n'avait pas été admis, et avait été déclaré en opposition flagrante avec toutes les connaissances scientifiques actuelles sur cet état.

Mais ce qui fait précisément ici comme toujours l'intérêt qui s'attache à l'étude sur l'état d'abstinence, c'est que nous trouvons encore ici la présence du syndrôme *impulsion*, à l'*inverse* de l'état d'intoxication, dans lequel au contraire son absence offre un caractère négatif de la plus haute importance.

En effet tous les auteurs, qui jusqu'à présent ont décrit les troubles produits par la suppression brusque dans le morphinisme, ont insisté sur ce point. Et si quelques-uns n'ont pas décrit alors de véritables impulsions, tous ou à peu près tous ont pu observer des états anxieux, des mouvements irrésistibles pouvant à bon droit être rangés parmi les impulsions.

On doit d'abord ranger parmi ces mouvements impulsifs, ces tentatives de suicides dont nous avons parlé dans nos observations et que nous avons discuté comme lié aux phénomènes d'agitation maniaque, mais qui pourraient trouver leur place ici.

velle plus violent que jamais, j'entrai dans une porte cochère et je pratiquai six nouvelles piqûres. Alors je fus comme ivre, je me souviens être allée du côté des magasins du Printemps où j'ai soustrait fiévreusement plusieurs objets ; mon avidité était telle qu'il me semblait que j'aurais pris tout ce qu'il y avait là. »

— Nous avons cité ce passage pour montrer avec quelle adresse la femme H... avait précisément exploité cet état d'ivresse morphinique dont nous parlons en ce moment et qu'elle connaissait bien et sur lequel nous nous sommes longuement étendu dans le chapitre précédent. Mais malgré son adresse, l'habile expert, tout en admettant parfaitement certains caractères bien particuliers de cet état de puissance morphinique n'eut pas de peine à démontrer que toute cette déclaration n'était qu'un habile mensonge et qu'une impulsion kleptomaniaque provoquée par l'ivresse morphinique, était en opposition complète avec les données de la clinique. En effet, cette inculpée fut condamnée. G. Pichon.

Mais il y a un autre genre d'impulsions dont nous voulons parler et qui sont d'un intérêt tout spécial dans une étude médico-légale comme celle-ci. Nous avons nommé ces impulsions irrésistibles à voler qui ont déjà suscité des rapports médico-légaux intéressants et que nous avons longuement étudiés déjà.

Mais avant d'aborder le côté judiciaire de la question, fidèle au plan que nous nous sommes tracé, étudions d'abord les faits cliniques, pour n'arriver qu'ensuite à l'étude des questions légales qu'ils aident à résoudre.

Procédant ici par ordre, nous commencerons d'abord par les cas légers et pour arriver ensuite aux cas graves, aux cas dans lesquels le délire maniaque domine la scène.

Retard dans les piqûres. — Si nous considérons d'abord les cas banals et malheureusement trop fréquents, dans lesquels un simple retard est apporté à la piqûre, nous voyons déjà en raccourci les troubles de la suppression brusque et définitive. Nous avons déjà parlé à un autre point de vue de l'irritabilité alors si manifeste du morphinomane en pareille occurence ; mais nous avons à dessein un peu laissé dans l'ombre à ce moment pour y revenir, l'entraînement, je dirai même, l'irrésistibilité qui le pousse pour ainsi dire à tout sacrifier pour arriver à se faire sa piqûre quand même.

Qu'il se trouve n'importe où, au moment habituel de l'injection, rien ne l'arrêtera, et tout le monde a vu en pareil cas quel entêtement ils y portent. Qu'ils se trouvent au théâtre, à table, en soirées, au cours, rien n'y fera ; au moment habituel, comme s'ils obéissaient à un ordre intérieur, ils s'absentent sous un prétexte ou sous un autre, souvent sans prétexte. Aucune force, aucune considération ne serait alors capable non seulement de les arrêter, mais même de leur faire ajourner leur piqûre. Il semble qu'ils obéissent en pareil cas, à un mouvement irrésistible qu'il leur est impossible de réprimer.

Du reste on peut les comparer sous ce rapport aux opiophages, chez qui pour une cause quelconque l'opium est interrompu ou simplement retardé. Zambacco fait remarquer à ce propos leur mauvaise grâce et leur tendance à être désagréables à tout le monde : « Ce qui dépeint parfaitement cet état, dit-il, c'est le proverbe dont on se sert en Orient lorsqu'il s'agit de quelques personnes de fort mauvaise humeur : on dit en parlant d'elles que c'est un *thériaqui privé de son opium.* »

Chez le morphinomane, l'irritabilité produite par un retard dans une piqûre revêt aussi un caractère d'anxiété quasi impulsive. Nous avons eu occasion plusieurs fois dans le cours de ce mémoire de rapporter des exemples observés par nous-même. Le malade de Zambacco, docteur en médecine, essayant d'expliquer ce mouvement impulsif qui le poussait à se piquer *quand même* et dans n'importe quel lieu, disait « que c'était plus fort que lui, et qu'il deviendrait fou sans sa morphine ».

Nous avons parlé ailleurs de cet ami qui, le moment de sa piqûre venu, ne connaissait plus aucun empêchement capable de lui faire ajourner son injection. Parfaitement insupportable, et d'une irritabilité qu'il ne pouvait réprimer, pris d'une véritable fugue impulsive, il s'esquivait alors pour s'injecter le poison accoutumé.

Rien ne peut contenir les morphinomanes à ce moment, ni les exigences du monde, ni même les règles de la plus stricte politesse, quand le moment de la piqûre arrive.

Tous les auteurs citent à ce sujet des observations intéressantes : l'existence du morphinomane abonde en détails de ce genre. Nous avons donné ailleurs comme exemple, le cas de cette femme du meilleur monde que nous avons connue, et qui, au milieu d'une conversation avec ses invités, s'absentait brusquement, le plus souvent sans aucun prétexte, et disparaissait pour se pratiquer une injection. Aucune considération ne l'aurait alors retenue.

Elle regrettait amèrement les effets de sa triste passion qui lui faisait négliger les devoirs de la bienséance la plus élémentaire, mais elle aussi s'excusait comme le docteur L..., cité par Zambacco, en disant « que c'était plus fort qu'elle ».

Un autre morphinomane dont nous avons longuement rapporté l'histoire, et qui, lui, était un morphinomane invétéré, le Dr X..., s'oubliait à un tel point, quand le moment de son injection était tant soit peu dépassé, que, chose rare chez les intoxiqués de cette espèce, qui généralement cachent à tous les regards leur triste passion, il ne gardait plus alors aucune retenue. C'est ainsi qu'il lui arriva plusieurs fois, lorsque par suite de circonstances tout à fait indépendantes de sa volonté il ne pouvait s'esquiver sous aucun prétexte, d'exhiber son arsenal, n'y pouvant plus tenir, et de se piquer presque publiquement. Il nous est arrivé de le voir, en pareil cas, pris d'angoisses et de souffrance intérieure indicible, ne pouvant plus se contenir, se pratiquer avec une vivacité nerveuse, deux ou trois injections, sans se découvrir, et à travers son pantalon, ses vêtements.

On ne peut se refuser, au point de vue qui nous intéresse spécialement ici, de reconnaître dans les faits de ce genre un certain caractère impulsif, une quasi-irritabilité morbide.

Les morphinomanes à qui on demande l'explication de ces mouvements, dont en quelque sorte ils ne sont pas maîtres, lorsque vient le moment de l'injection, et qui les poussent à s'oublier aussi complètement, ne peuvent eux-mêmes rendre un compte exact des sensations qu'ils éprouvent alors.

Un médecin morphinomane, consulté à ce sujet par Zambacco, ne pouvait expliquer ce qu'il éprouvait quand il apportait un retard à ses piqûres : « Seulement, disait-il, dans ce moment d'excitation effrenée, il serait capable même de tuer celui qui le priverait de son injection. Je sais que je m'empoisonne et que je cours le risque de tomber sans plus me

relever, mais il n'est pas en mon pouvoir de cesser. Aidez-moi, donnez-moi une autre substance à injecter... »

Phénomènes impulsifs de l'état de besoin vrai, suicides, etc. — Si maintenant on étudie ces phénomènes non plus chez les individus en cours d'intoxication qui éprouvent un simple retard dans leur piqûre, mais chez les morphinomanes, qui d'une manière ou d'une autre, soit dans un but thérapeutique, soit accidentellement, voient leurs injections supprimées brusquement et totalement, on constate que cette tendance impulsive est plus flagrante encore.

C'est alors que les tentatives de suicide sont plus fréquentes, et Levinstein, le grand partisan du sevrage brusque, déclare lui-même qu'il faut placer le malade dans un local « où les tentatives de suicide sont rendues aussi difficiles que possible, dont les fenêtres seront disposées de telle façon qu'elles ne pourront être ouvertes par le malade. Il faut, dit-il, également faire disparaître de la pièce les clous, les crochets[1] etc... »

Les tendances au suicide et les tendances au meurtre sont donc des phénomènes impulsifs très fréquents en pareil cas; nous en avons suffisamment parlé plus haut, mais ce qui nous intéresse plus spécialement parmi ces impulsions, ce sont les impulsions au vol. La question, en un mot, qu'il nous importe le plus de résoudre ici, c'est la question de savoir si le sevrage brusque, si l'abstinence morphinique peut développer l'impulsion morbide particulière que l'on a désigné en criminalité sous le nom de kleptomanie. Les faits cliniques connus, les observations prises à ce sujet, expliquent-ils cette impulsion? C'est là l'importante question à laquelle nous devons répondre.

Or voici ce que la clinique nous apprend :

On a mentionné des exemples d'impulsion à voler, impul-

[1] *Loc. cit.*

sions extrêmement nettes, véritablement irrésistibles, absolument *morbides*, mais, et c'est là le point que nous tenons à souligner pour nos conclusions médico-légales tout à l'heure : *ces impulsions à voler n'ont toujours eu en vue, en clinique*, chez les malades en un mot, *que la morphine*, exclusivement *la morphine*.

C'est ainsi que notre morphinomane A..., en état complet d'abstinence morphinique nous a raconté la surveillante, pendant deux ou trois jours, a essayé à plusieurs reprises, mais en vain, d'ouvrir une armoire hermétiquement fermée, dans l'intention, a-t-elle avoué plus tard, de dérober de la morphine qu'elle y croyait cachée. Il va sans dire que jamais il ne lui est venu à l'idée de dérober autre chose, de l'argent, par exemple, parce qu'elle savait bien que dans l'asile cet argent aurait été inutile et n'aurait pas pu lui procurer de la morphine.

Nous trouvons une observation clinique également intéressante à ce point de vue, publiée par M. Marandon de Montyel. Il s'agit d'un jeune avocat morphinomane, qui, revenant par mer de Gênes à Marseille, perdit dans un gros temps, sa provision de morphine. « Il en réclama en vain à une dame du paquebot. Le malade résista quelques heures au besoin qui le tourmentait, *puis de plus en plus altéré de morphine*, il commet, pour s'en procurer, un vol avec effraction à la pharmacie du bord, tout en prenant les précautions les plus minutieuses pour ne pas être découvert... » Ce malade absorbait depuis deux ans 23 centigrammes, et il n'avait aucune trace d'affaiblissement intellectuel. Il s'excusait de ce fait derrière *l'énergie du besoin* qui l'avait poussé.

Il est donc de tout intérêt de rechercher aussi si le vol eût pour but de dérober de la morphine. Et à propos des *impulsions* chez les morphinomanes, au sujet des malades de *cette catégorie*, que nous devons mettre en lumière ici, nous avons pu heureusement recueillir quelques faits personnels, quelques observations qui montrent bien

que les malades de cette catégorie doivent être absolument exonérés. Pour ne pas perdre de vue cette proposition, qui pour nous, comprend et déclare irresponsable une seule classe de morphinomanes, nous la rappelons ici : « Quand le délit a été commis dans le but immédiat de se procurer de la morphine, l'inculpé, doit être exonéré. »

Nous ne craignons pas d'insister sur ce point particulier parce que notre opinion, basée sur l'observation de faits précis, est bien arrêtée à ce sujet, et parce que, selon nous on a trop généralisé les impulsions chez les morphinomanes. Il importe donc de préciser, à propos de ces impulsions, ce que nous entendons par *impulsions chez les morphinomanes dans l'état de besoin*, et de prouver pourquoi nous exonérons un délit commis dans cet état d'abstinenz-morphine. — Nous ne pouvons mieux faire pour cela que de citer d'abord quelques observations, prises dans notre service, et concernant des malades que nous avons pu suivre pendant longtemps.

Morphinisme datant de dix ans. — Faits délictueux. — Vols commis dans l'état d'abstinenz-morphine. — Mme X..., entrée à la Clinique en 1887. Nous passons sous silence les détails de son affection que nous avons longuement exposés ailleurs. Nous n'insisterons ici que sur le côté médico-légal de son histoire. Si nous n'avons pu obtenir d'elle tous les renseignements nécessaires, du moins nous avons pu obtenir quelques aveux qui nous ont permis de reconstituer, sous ce rapport, l'histoire de la malade. Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails circonstanciés d'autant qu'ils n'ont jamais donné lieu à aucune enquête, à aucune expertise médico-légale, et que, de ce chef, nous sommes tenu à une certaine réserve (Voir son observation, p. 313).

Mais il ressort de l'examen auquel nous nous sommes livré que plusieurs fois dans le cours de son intoxication, elle commit des actes délictueux tels que : faux en écriture, différents vols d'argent, etc. Or, il ressort des renseignements fournis par elle et par diverses sources, qu'au mo-

ment de ces divers délits elle était en puissance morphinique.

Devons-nous voir entre ces différents délits commis par la malade, avant son entrée, et l'état de morphinisme dans lequel elle se trouvait, une relation de cause à effet ?

Devons-nous voir dans ces actes une excuse ?

Il y a un point sur lequel nous avons beaucoup insisté lorsque nous nous sommes occupé de ce point particulier, c'est le but *direct* des délits commis. Nous avons admis, en effet, avec plusieurs auteurs, que s'il est commis dans *le but immédiat* de se procurer de la morphine, le morphinomane, en raison des souffrances, de l'oubli de tous les devoirs moraux, produit par l'abstinence morphinique, doit être exonéré.

Or, il ressort clairement des renseignements fournis que précisément ces délits furent commis dans le but de se procurer de la morphine qui manquait. Les ressources s'épuisaient, et la consommation du poison journalier en exigeait beaucoup. C'est dans ces conditions que notre malade placée dans cet état de souffrance indicible, dont le traitement par la suppression nous donne un exemple, chercha à se procurer de la morphine par des voies illicites.

Dans un cas pareil, dans un délit réellement commis dans le but exclusif de se procurer de la morphine, je n'hésiterais pas un instant à exonérer un inculpé ; j'ai longuement défendu ailleurs cette manière de voir. Il y a un cas, surtout, où l'hésitation n'est pas permise, c'est lorsque le délit, lui-même, comme dans l'histoire rapportée par M. Marandon de Montyel, consiste dans le vol direct de la morphine.

Or, dans plusieurs des délits commis par notre malade, le morphinisme invoqué par elle comme excuse, doit réellement entraîner l'irresponsabilité. C'est ainsi qu'un jour, n'ayant plus d'argent, et en proie à cet état si plein d'angoisses que les Allemands appellent l'*abstinenz-morphine*,

elle déroba à une de ses parentes un bracelet qu'*elle courut vendre immédiatement ; et avec la somme obtenue elle se procura de la morphine qui lui manquait depuis le matin* (V. son observation complète, p. 313).

La question de la responsabilité médico-légale des morphinomanes qu'on s'est plu à rendre obscure, devient, croyons-nous, assez simple et assez claire, si au lieu de considérer en bloc tous les cas de morphinisme et d'établir une règle générale, on considère chaque cas pris en particulier. On voit alors que, à côté des cas dans lesquels le morphinisme n'entraîne pas l'irresponsabilité et ce sont les cas les plus nombreux, il y a quelques cas où l'irresponsabilité ressort clairement.

Sans établir de règle fixe, on peut dire cependant que quand le *but direct et immédiat* d'une morphinomane en commettant un délit, est de se procurer de la morphine on doit pencher vers l'irresponsabilité.

Le rôle du médecin légiste, en pareil cas, est donc d'étudier les circonstances du délit, à ce point de vue particulier.

Il devra faire rechercher par l'instruction si, au moment même du délit, le prévenu était ou non en possession de morphine, auquel cas le vol ne pourrait avoir pour excuse, on le comprend aisément, l'abstinence morphinique, le besoin psycho-somatique si vrai, provoqué chez le morphinomane en privation, cet état si plein d'angoisse dont on se rend bien compte dans le traitement du morphinisme par la suppression brusque. Au contraire, s'il était prouvé qu'au moment du délit, le morphinomane ne possédait plus de morphine, il doit être exonéré.

En pareille occurrence, *étant donnée la nécessité dans laquelle se trouve l'organisme d'absorber, à certaines heures, un aliment devenu indispensable à la vie, comme nous l'avons indiqué ailleurs*, le malheureux morphinique se trouve placé, sous le rapport de la responsabilité légale, dans les mêmes conditions que l'individu qui né-

cessiteux et affamé, vole un morceau de pain à l'étalage d'un boulanger.

Cette assertion peut paraître paradoxale, au premier abord, mais quand on assiste au spectacle du morphinomane en état de privation, du morphinomane *en état de besoin*, elle paraît absolument légitime et conforme à la justice.

J'irai même plus loin et m'appuyant sur des cas nombreux et sur une observation attentive des faits, je ne crains pas d'avancer, bien qu'un des termes de la comparaison m'échappe, que le tableau du morphinomane, *en véritable état de besoin,* est peut-être plus saisissant que celui de l'affamé ou, au moins, plus bruyant. On n'a pour s'en convaincre qu'à se reporter à notre chapitre de l'abstinenz-morphine.

Le morphinomane a perdu alors, nous ne craignons pas de le dire hautement, une partie de sa raison. Il est vrai qu'on peut assister à tous les degrés ; mais il y a des malades qui, à ce moment de *besoin* réclamé énergiquement par l'organisme, ont perdu tout poids et toute mesure. Par le fait de cette privation, les facultés supérieures, la raison disparaissent et tout est livré aux manifestations d'un cerveau qui fonctionne peu ou qui fonctionne mal. Une de nos malades, au début de son traitement par la privation brusque, nous a bien montré la vérité de cette assertion, et nous a prouvé à quelles impulsions véritablement irrésistibles et partant pathologiques, peut être alors en proie le cerveau en délire. Après avoir essayé, comme cela arrive souvent, de corrompre une gardienne, devant le refus qu'elle avait éprouvé, elle était entrée dans une véritable fureur, comparable en tous points à la fureur de nos maniaques. Les yeux brillants et la face congestionnée elle poussait des cris inarticulés, se roulant par terre et s'arrachant les cheveux, se frappant la tête contre les murs et contre la porte de sa cellule, elle se serait infailliblement blessée, si on n'était venu, à ce moment, la maintenir. Au milieu de ses exclamations et des cris incohérents qu'elle poussait, on comprenait qu'elle demandait et

qu'elle désirait avec instance *l'argent dont la privation, seulement relative, l'avait jetée dans cet état de véritable délire.* Nul doute que si elle eut été libre et non surveillée, elle ne fut sortie de chez elle poussée par le désir irrésistible de se procurer, *quand même,* de la morphine, c'est-à-dire l'aliment auquel elle avait habitué depuis longtemps son organisme. Et, bien que ce fût une femme honnête, aussi soucieuse de sa propre réputation que de la réputation des siens, nous ne craignons pas d'affirmer, que, poussée *par cet état de besoin, que la volonté ne commande pas,* elle eût alors fait tout ce qu'il eut été en son possible de faire pour se procurer l'aliment qui manquait à son système nerveux. Nous ne craignons pas d'affirmer que, libre, en *cet état de besoin* et manquant d'argent, elle eût essayé tous les moyens pour arriver à l'unique but de ses préoccupations du moment : trouver la morphine qui lui manquait.

Elle-même, du reste, ne craignait pas, d'autant bien que cet aveu ne la rabaissait pas, de déclarer hautement qu'au milieu de ses plus violentes douleurs, pour se procurer de la morphine, elle eut tout essayé, même les choses les plus illégitimes.

Et cependant, ajoutait-elle (je note expressément cet aveu, parce qu'il est très caractéristique et qu'il est très important à relever pour la cause que nous soutenons), je ne crois pas que manquant de nourriture j'eusse jamais dérobé un sou pour me procurer du pain... j'aurais préféré, ajoutait-elle, mourir de faim... mais être privée de morphine quand on y est habituée c'est tout autre chose. Je ferais *tout* alors pour en avoir.

Du reste, ce qui n'est ici, pour cette malade, qu'une simple supposition, est un fait commun dans la vie des morphinomanes pauvres qui voient leur provision s'épuiser. Seulement ces faits n'arrivent pas à la connaissance des tribunaux, témoin la rareté relative des cas de morphinisme qui don-

nent lieu à des expertises médico-légales. Bien des aveux de ce genre cependant nous ont été faits par les morphinomanes qu'il nous a été donné d'observer. Des malades privés de morphine, manquant d'argent, et placés dans cette situation terrible que nous étudions précisément en ce moment et qui leur fait oublier toute notion d'honnêteté, nous ont fait souvent des aveux complets. Poussés par la nécessité, et, le cerveau surexcité par la souffrance si vive qu'ils éprouvent, ils n'ont plus à ce moment qu'une préoccupation qui domine tout leur être pensant, ils n'ont plus qu'un but, se procurer l'agent qui doit, en quelques secondes, faire disparaître toutes leurs douleurs. Pour y arriver, tous les moyens sont bons : la véritable torture physique qu'ils éprouvent ne leur permet pas d'en peser la valeur morale.

C'est alors que la morphinomane détournera un bracelet, un bijou à un membre de sa famille, ira immédiatement le vendre sans prendre le temps de marchander, et avec le prix donné, de beaucoup inférieur à la valeur réelle, se précipiter chez le premier pharmacien venu pour se procurer de la morphine avec une *ordonnance fausse*. Ici, cette scène avait duré fort peu de temps : commettre deux délits (vol de bijou et fabrication de fausse ordonnance) et courir chez le pharmacien, tout cela n'avait demandé que quelques minutes.

Encore ne parlons-nous que du morphinomane dont les antécédents, au point de vue de la moralité, sont à l'abri de tout reproche. Si ceux-là, quand ils sont sous le coup des atroces souffrances de *l'abstinenz-morphine*, ne peuvent résister à l'impulsion irrésistible qui les pousse à mettre, *à tout prix*, un terme à une anxiété intolérable, et succombent quelquefois dans la lutte, ou se laissent aller à commettre des délits que la morale réprouve ; *a fortiori*, les intoxiqués dont l'éducation laisse à désirer résisteront moins encore. Et, dans cet ordre d'idées, comme les adeptes de la morphine se recrutent pour une bonne part, comme je l'ai avancé ailleurs,

parmi les héréditaires, parmi les anormaux de toutes les catégories, rien d'étonnant qu'un assez grand nombre de morphinomanes, n'aient à se reprocher dans leur carrière pathologique plus ou moins grande quelques délits passés inaperçus, et avoués au médecin, ou au moins quelques faits contraires à la morale. Rien d'étonnant, que, toujours dans ce même ordre d'idées, privées de morphine et en même temps d'argent, quelques femmes morphinomanes, aux mœurs légères, du reste, se soient laissées aller, dans le but de se procurer de la morphine, à des actes qu'elles n'auraient cependant pas faits sans cela.

Dans plusieurs de ces circonstances particulières, quelques-unes dont nous avons, du reste, résumé les observations dans le cours de ce mémoire, par toutes sortes de réticences, de sous-entendus, nous faisaient très suffisamment entendre, à quelles extrémités déshonorantes les avait poussées l'état de besoin coïncidant chez elles avec le manque d'argent.

L'une de nos malades dont nous avons longuement rapporté ailleurs l'histoire [1] se trouvait dans cette situation critique, si pleine d'anxiété et si redoutée de l'ouvrière morphinomane où l'on voit en même temps la provision de morphine et le porte-monnaie s'épuiser ; l'argent manque pour acheter le poison quotidien devenu désormais plus nécessaire à la vie que le pain de chaque jour. Que faire ? Travailler et gagner ainsi l'argent qu'on consacre pour les neuf dixièmes à l'achat de la morphine [2]. Mais pour travailler, tous les morphinomanes le savent bien, quand on a pris l'habitude de prendre de la morphine, la lassitude vous envahit vite si on n'a pas le stimulant habituel ; l'énergie manque alors absolument, et cela, aussi bien pour les travaux physiques que pour les

[1] *Encéphale,* mai, juin 1886.

[2] La malade à laquelle nous faisons allusion en ce moment mangeait souvent du pain sec pour pouvoir disposer d'une somme d'argent suffisante à sa consommation ordinaire.

travaux de l'esprit; et au bout de quelques secondes, malgré un appel désespéré des forces, si l'aliment psycho-somatique que vous avez coutume d'absorber ne vous vient pas en aide, vous êtes forcé de tout abandonner.

La malade dont nous parlons se trouvait alors renfermée dans ce cercle vicieux, terrible, plein d'angoisse, et dont il faut avoir entendu parler par ceux-là même qui ont passé par ces transes épouvantables, pour en apprécier la vérité angoissante : il lui fallait travailler pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de la morphine habituelle; et pour travailler il lui fallait, pour soutenir ses forces, l'appoint factice de cette même morphine, qui précisément lui manquait.

Dilemne terrible, où, saisie d'effroi, apeurée à l'idée des souffrances qu'elle va endurer et qu'elle connaît fort bien, la femme va laisser son honneur! Commençant à sentir les prodrômes de cet *état de besoin*, si net, si caractéristique, et dont l'existence est si bien déterminée, quoi qu'on ait dit, déjà placée sous l'empire de ce besoin psycho-somatique, dont on ne peut pas apprécier les étreintes, si on ne les a pas soi-même ressenties, et si bien appelé *besoin vital*, la morphinomane oublie toute pudeur et n'a plus qu'une préoccupation : avoir de la morphine. Nous avons vu plus haut la morphinomane, d'un autre âge et d'une autre catégorie, oublier tout un passé d'honorabilité, et commettre sans hésitation, un vol pour satisfaire sa passion. Nous voyons, ici, la femme jeune, oublier toute retenue, et, passer pour ainsi dire un trait de plume sur une vie quelquefois pure et sans tache, pour recevoir en payement, non pas quelques louis, mais quelques grammes de morphine.

Nous voyons la femme honnête, l'ouvrière mère de famille, lorsqu'elle se trouve en *état de besoin*, oublier tous ses devoirs de mère et d'épouse pour ne plus penser qu'à ce qui cause son supplice. Nous la voyons fouler aux pieds ce qui, à l'état normal, est pour elle du plus haut prix, sa dignité qu'elle va échanger, sans hésiter, contre le prix d'une solu-

tion de morphine. Dans ce moment, qui est fort court, du reste, et que nous entendons bien ne pas étendre à plusieurs jours, même à plusieurs heures, dans ce moment de souffrance physique, intolérable, qui accompagne l'abstinenz-morphine, le sens moral disparaît avec le libre arbitre, pour faire place à l'unique préoccupation de mettre un terme à ses souffrances. A ce moment elle voit trouble, elle ne raisonne pas, et fera comme une de nos malades qui, après deux mois d'examen et d'interrogatoire, avait été amenée peu à peu à nous faire un aveu à peine croyable dans la bouche d'une femme honnête et mère de famille. Du reste, intelligente, elle savait très bien quelles étaient nos idées sur de pareils faits, que dicte seul un cerveau en délire, et nous fit, alors, une confession qu'elle n'aurait certainement jamais faite à un autre médecin, dans les conditions d'un interrogatoire diagnostic ordinaire.

Qu'on ne se récrie pas sur l'invraisemblance qu'il y a à voir commettre un acte d'une immoralité aussi flagrante par une femme réputée vertueuse. Ceux qui auront assisté plusieurs fois à des scènes de suppression brusque chez de vraies morphinomanes, seront disposés comme moi, à l'exonérer.

Voici les faits, tels qu'elle nous les a elle-même racontés :

Habituée depuis de longues années, cette femme, dont j'ai publié l'histoire complète dans une autre partie de ce mémoire, était arrivée à absorber depuis un mois la dose quotidienne de cinquante centigrammes de sel ; en injections hypodermiques qu'elle se faisait en trois fois dans la journée. A bout de ressources et de morphine, et, pour les raisons dont j'ai parlé aux pages précédentes, ne pouvant se livrer au moindre travail rémunérateur, elle voyait avec désespoir sa provision s'épuiser et sentait qu'elle allait bientôt se trouver dans l'impossibilité de prendre de la morphine. Que faire dans une pareille alternative ? Vendre et engager tous les objets de quelque valeur qu'elle possédait. Mais il y avait

beau temps qu'il ne restait plus rien chez elle, qui pût être vendu, qui pût être échangé contre seulement quelques centigrammes du sel tant désiré. Il y avait longtemps qu'on avait pris sur la nourriture de chaque jour de quoi subvenir aux frais de l'aliment nouveau, qui, quoique artificiel, ne s'était pas moins imposé depuis longtemps comme beaucoup plus nécessaire et malheureusement aussi, comme beaucoup plus dispendieux, que le pain de tous les jours. Il y avait longtemps qu'on avait tant et si bien rogné sur la nourriture ordinaire, que les trois quarts de l'argent gagné, passaient chez le pharmacien, comme chez la majorité des ouvrières morphinomanes de Paris, qu'il nous a été donné d'observer. On avait d'abord supprimé le café qu'on prend dans beaucoup de familles d'ouvriers à Paris, puis le vin, puis la viande (c'est toujours la malade qui parle). — Depuis de longues semaines, l'appétit heureusement diminuait proportionnellement, et on se contentait de légumes et d'eau.

Puis enfin, les économies disparaissent, et ne voyant plus rien à engager, on avait fait comme sur les navires en détresse et menacés de famine, on avait réparti l'argent dont on pouvait encore disposer; on fit ici, bien entendu, la part de plus en plus grande pour la morphine, en rognant de plus en plus sur la nourriture. Et cependant, le jour approchait où, malgré tous ces calculs, on n'aurait plus d'argent pour acheter du pain, le moment terrible, l'heure tant redoutée approchait, où on n'aurait plus assez d'argent pour acheter la solution quotidienne chez le pharmacien.

Depuis quelques jours, X... ne mangeait plus que du pain sec, quant à emprunter quelque argent, il n'y fallait pas songer. Endettée chez tous les petits fournisseurs, sa situation critique était connue de tous : « J'aurais toujours pu avoir du pain, nous disait-elle, mais c'est de l'argent qu'il me fallait, et il m'eût fallu tendre la main. » Enfin le jour fatal arrive, il y avait eu assez de morphine pour faire la première piqûre, celle du matin. Le flacon était vide. Mais laissons parler la malade : « A l'heure ordinaire de l'après-midi, où je me faisais mes autres piqûres, Il n'en restait plus 1 centigramme, je commençais alors à ressentir les effets de la privation que j'avais déjà subie une autre fois, et dont je me souvenais!...

... « Cette idée, toute d'imagination, contribuait aussi à augmenter le malaise réel et véritable qui allait s'accentuant. Il semblait, au bout de deux à trois heures d'attente, qu'on m'enfonçait des clous dans la tête et dans l'estomac. Vers le soir, j'eus une diarrhée incoercible avec des vomissements qui ne cessaient pas. J'avais froid et chaud en même temps, et je ressentais de petits frissons dans tout le corps. Je me couchai alors, espérant que le sommeil viendrait à mon secours ; c'était peine perdue. Je ne pouvais rester en place, je circulais de long en large dans ma chambre. Un moment même je me mis à courir. Je ne savais que faire pour calmer des douleurs qui siégeaient partout, surtout dans le creux de l'estomac, dans le ventre et dans la tête...

... « J'agitais les mains, je me frappais la poitrine. Le soir était venu, et, avec le soir, l'heure de ma troisième piqûre habituelle, et je n'avais pas pris 1 milligramme de morphine depuis huit heures du matin. Je devins comme ivre, ma tête bouillonnait, je me sentais comme étouffer. Au milieu de ces souffrances intolérables, alors que j'utilisais le peu de raison que me laissait mon cerveau détraqué à chercher le moyen de me procurer *quand même* de la morphine ; à ce moment, en effet, j'aurais tué quelqu'un si ce meurtre m'eut procuré une piqûre de morphine....

... « C'est alors qu'une idée folle me traversa la tête. Il était dix heures du soir environ. Je descendais comme une folle les escaliers de ma maison, et j'accostai un monsieur sur un trottoir... Je devais ressembler à une femme grise, car, en effet, j'étais ivre... Il me regarda quelque temps et m'emmena... Je vous demande pardon, Monsieur, vous comprenez... Je souffrais tant, et j'étais ivre... »

J'avais compris et excusé son acte.

Pour se servir de l'expression si forte de J. Michelet [1] : *elle était descendue dans la rue*, poussée ici, non par la misère et par la nécessité de donner à manger à des enfants affamés qui réclament du pain, comme dans les faits rappor-

[1] J. Michelet, *La femme.*

tés par l'illustre philosophe historien; mais elle était *descendue dans la rue*, entraînée par l'impulsion irrésistible, pathologique, qui la poussait à se procurer de la morphine *quand même*, entraînée par le besoin psycho-somatique si vrai de l'abstinenee morphinique, par ce *besoin vital* et physique, tout à la fois, indéniable, qui fait que l'organisme habitué, en dépit de tous les efforts de la raison, réclame et exige impérieusement son aliment habituel, sa dose ordinaire de nourriture.

Comment après cela, comment après les faits que nous venons de passer successivement en revue, tant chez l'homme que chez la femme, tant pour des actes délictueux vrais, que pour des actes immoraux, tant pour de véritables crimes que pour des délits légers, comment le médecin légiste pourrait-il déclarer responsable et coupable un morphinomane? Il reste bien entendu que pour cette demande d'irresponsabilité, nous n'avons en vue que le cas particulier où l'acte délictueux, quel qu'il soit, a été accompli par *le morphinomane en état de besoin*. — (Les autres états du morphinisme sont, en effet, tout autres; et c'est pour cela, c'est pour distinguer ces conditions, ces états si différents et si importants à discerner les uns des autres, au point de vue de la responsabilité, chez le morphinomane qui commet un délit, que nous avons tenu, dès le début, à apporter des divisions indispensables.)

Et encore, il s'agit là de la femme vertueuse. Combien d'autres morphinomanes, pour les raisons que nous avons énumérées à maintes reprises, ou névropathes, ou déséquilibrées, ou anormales, ou hystériques même, ne se trouvant plus dans les mêmes conditions, n'ont plus les mêmes scrupules à vaincre, et qui, cependant, doivent être, aussi exonérées, au moins dans une certaine mesure?

Il faudrait ici commencer un nouveau chapitre dans cet ordre d'idées, plein de faits, il est vrai, rempli d'aveux les

plus compromettants pour une profession qui touche de près à la médecine, riche en révélations inattendues; mais ce serait, nous le croyons du moins, sortir du cadre essentiellement clinique et scientifique, que nous nous sommes tracé au commencement de cette étude. Pour satisfaire une vaine curiosité, nous pourrions à ce propos citer nombre de cas qui rentrent dans cette catégorie de faits, dans le sujet spécial qui nous occupe en ce moment.

Placé pendant quelque temps, dans un service médical où la clientèle habituelle se recrutait parmi les malades de cette classe, nous avons eu la bonne fortune, accordée à bien peu, en raison de la sévérité des règlements, de recueillir nombre de confessions que, pour la plupart, nous devons taire. Parmi les récits de morphinomanes qu'il nous fut donné alors d'entendre pendant notre stage à l'Infirmerie spéciale et à l'Infirmerie ordinaire de la Préfecture de police, beaucoup, du reste, sont vulgaires et ne méritent même pas la peine qu'on s'y arrête.

Quelques-uns sortent un peu du cadre ordinaire du morphinisme : « C'est, par exemple, la morphinomane qui, pour se procurer de la morphine, alors que ses ressources sont épuisées (nous parlons en ce moment des filles publiques qui payent un si large tribut à cette passion) accorde ses faveurs pour quelques grammes de poison qui lui manque. » C'est ainsi qu'une *insoumise* nous avait raconté que, connaissant un garçon de laboratoire, très vieux et très laid, du reste, elle avait recours à lui dans ses moments de disette, et, comme il était lui-même nécessiteux, il volait, sans vergogne aucune, le pharmacien chez qui il était employé. Une autre fille, de mœurs plus que légères, avait fait la connaissance d'un étudiant à qui elle s'adressait quand l'argent manquait, pour obtenir le sel dont une privation trop longue lui causait les plus grandes souffrances ; celui-ci dérobait alors au service d'hôpital où il était inscrit, les solutions demandées et les faisait parvenir à sa maîtresse.

Je passe ici, pour les traiter dans une dernière partie, toutes les supercheries, tous les faux mis en usage par les morphiniques de cette classe.

Bien que nous ayons une certaine répugnance à le faire, nous ne craignons pas de jeter un certain jour sur ces dessous honteux, car ce n'est pas en les passant sous silence, mais bien en les signalant, qu'on pourra apporter un remède à tous ces abus.

Nous ne voulons nullement, du reste, assimiler, au point de vue de la responsabilité médico-légale le morphinomane de cette catégorie avec la morphinomane ordinairement honnête et vertueuse dont nous parlions plus haut, et autrement intéressante à tous les points de vue. Seulement, ce que nous avons voulu faire comprendre, c'est qu'en pareille occurrence, quelle que soit l'immoralité de leur vie, quelque méprisable que soit leur passé, il n'en est pas moins vrai que chez elles, aussi, il y a à tenir compte surtout et avant tout de l'*état de besoin* dans lequel elles se trouvent au moment où elles sollicitent de la morphine, toute la question est là. Il y a à rechercher simplement, à ce point de vue particulier, pour déclarer ou non l'irresponsabilité, si l'intoxiquée se trouvait, au moment du délit, dans cet état cérébral que nous avons décrit plus haut, provoqué par l'abstinenz-morphine, ce qui est assez facile, tellement sont bruyants les symptômes physiques et mentaux, qui, à un moment donné, accompagnent cet *état de besoin*. Auquel cas, pour le fait du moins, de la sollicitation, pour la complicité dans le vol de morphine, si pareil délit était porté devant les tribunaux, la morphinomane devrait être exonérée. Et, dans tous les cas, l'individu qu'on doit flétrir, c'est moins le morphinomane, auquel l'excès de ses souffrances fait perdre le sens moral, que le dispensateur peu scrupuleux du poison en question, quel qu'il soit.

Mais il est des cas qui tiennent le milieu entre ces deux ordres de faits. Entre ces deux catégories de morphinomanes,

entre le morphinomane absolument honnête et que l'excès de ses douleurs conduit à l'oubli de ses devoirs, et le morphinomane de mœurs faciles qui a d'autant plus de facilité à s'écarter de la ligne droite, que sa conduite journalière n'est pas à l'abri des reproches, entre ces deux catégories de morphiniques importantes à distinguer dans la question de la responsabilité médico-légale, et dont nous venons de donner des exemples, il y a place pour une troisième catégorie de malade. Je fais allusion, en ce moment, à cette classe de malades dont je parlais plus haut, peut-être la plus nombreuse, à ces femmes adonnées à l'habitude de la morphine et appartenant au groupe des ouvrières, vivant de leur travail, vivant d'un salaire honnêtement gagné, mais aux mœurs légères et faciles. Nous avons vu combien, malheureusement, l'intoxication morphinique, grâce à la contagion désastreuse de l'exemple, fait de victimes dans le monde intéressant des ouvrières parisiennes de toutes les branches. Les classifications que nous établissons ici, ne sont pas un simple vice de l'esprit, elles répondent à un fait clinique vrai, basé sur l'observation de plusieurs malades et elles ont une importance assez considérable lorsqu'il s'agit d'établir la responsabilité médico-légale dans un cas de morphinisme. Il est évident, en effet, que le morphinomane de notre première catégorie dont nous avons donné comme exemple la femme honnête qui oublie ses devoirs d'épouse et de mère, ne peut pas être assimilé au morphinique de la deuxième classe chez qui la vie habituelle est loin d'être sans tache ; celle-ci aura beaucoup moins à lutter. Et dans les deux cas, la responsabilité médico-légale ne devra plus être basée sur les mêmes considérants, tant il est vrai que dans la question du morphinisme, comme dans la question de l'alcoolisme et des autres intoxications, il faut être surtout clinicien. Il ne faut pas s'attacher au fait simplement. Il faut étudier le malade soumis à votre expertise, tenir compte non seulement du degré de son intoxication, mais aussi des circonstances, du *but* immédiat de l'acte incriminé, et surtout *des*

antécédents du malade. La question de la responsabilité médico-légale des morphinomanes ne sera jugée que lorsqu'on se sera bien pénétré de cette vérité qu'il n'y a pas une morphinomanie, mais qu'il y a des morphinomanes. — C'est qu'en effet, il est de la plus haute importance de ne pas établir, dans l'espèce, de règle fixe, mais d'établir, au contraire, des catégories. Ainsi comprise la question médico-légale du morphinisme n'est plus entourée d'obscurité.

Ainsi donc, en dehors des deux catégories de morphiniques qui, dans la question qui nous occupe des actes délictueux commis dans le but immédiat de se procurer de la morphine, peuvent être établies, et placées, pour ainsi dire, aux deux pôles de la hiérarchie sociale, nous pouvons admettre une classe intermédiaire. Pour mieux fixer et préciser notre manière de voir nous citons un exemple à l'appui.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, et que nous avons pu observer pendant de longs mois.— Guérie une fois par la suppression brusque à la suite d'incidents du plus haut intérêt que nous avons longuement relatés ailleurs, elle était sortie en liberté complètement rétablie de l'état alarmant dans lequel l'avait plongé sa longue intoxication. Les règles, supprimées depuis dix ans, comme nous l'avons noté chez toutes nos morphinomanes, avaient reparu régulières. L'amblyopie assez prononcée, surtout de l'œil gauche, avait disparue sous l'influence de la suppression de l'intoxication. Les dents qui étaient menacées d'une chûte prochaine, s'étaient raffermies, et la mastication qui, un moment ne permettait que l'usage des liquides, est redevenue normale. En un mot, tout le cortège des troubles physiques et psychiques que cette malade avait présentés, en très grand nombre: insomnie, crises nocturnes, troubles dyspeptiques, etc., tout cela avait disparu, et sous l'influence d'un régime tonique et simplement hygiénique, continué pendant quelque temps, l'état général s'était amélioré dans une proportion surprenante, l'embonpoint était revenu peu à peu et, avec l'embonpoint, les couleurs, la fraîcheur du teint, autrefois terne et pâle, l'appétit. La gaieté était survenue aussi et avait peu à peu, chassé cet état men-

tal, si spécial aux morphinomanes, et qui consiste surtout dans un fond de mélancolie que rien ne peut vaincre, et qui sans tomber dans le véritable délire, sans présenter de conceptions délirantes, à proprement parler, forme un des troubles les plus caractéristiques du morphinisme. Jugée absolument guérie, nous avions, par un certificat régulier, signé sa mise en liberté.

Seulement, disions-nous à ce moment [1], en la mettant en liberté, il y a un point noir sur l'horizon et nous craignons une récidive.

En formulant ce pronostic, nous nous appuyions sur l'état profondément hystérique de notre malade, terrain, comme on le sait, éminemment favorable au développement des intoxications morphiniques, état mental qui les pousse à rechercher toutes sortes de jouissances artificielles et qui les livre désarmées et dépourvues d'énergie, à toutes les séductions de leurs appétits maladifs.

Nous basions surtout nos restrictions touchant la duré de la guérison de notre morphinomane, sur sa parenté et ses fréquentations ; sœur d'une autre morphinomane incorrigible avec qui elle travaillait, il était gravement à craindre comme nous l'écrivîmes à ce moment, que cédant à l'influence journalière et contagieuse de l'exemple elle ne retombât dans sa funeste passion. L'événement justifia largement nos prévisions et démontra combien nos craintes étaient fondées. Ce que nous redoutions et ce que nous avions prédit se réalisa de point en point. Contre nos conseils elle se remit à fréquenter sa sœur, quelques mois après son entrée notre prédiction se réalisait.

« Je me fis une piqûre de morphine avec la seringue et la solution de ma sœur ; nous dit-elle, mais j'avais la ferme intention d'en rester là. »

On sait ce que vaut une pareille résolution de la part d'une hystérique ancienne morphinomane. Sans même attendre la fin de la journée elle se faisait une seconde piqûre. C'en était fait, elle était redevenue morphinomane.

On sait, en effet, quand on a observé et interrogé plusieurs

[1] *Encéphale*, *Loc. cit.*

morphinomanes récidivistes, quelle attraction irrésistible entraîne, malgré elles, les malheureuses victimes du morphinisme, quand, après une guérison, quand par curiosité ou pour tout autre motif, elles reviennent aux injections morphiniques.

C'en est fait d'elles. Elles ne s'appartiennent plus désormais. Et l'intoxication avec tout son cortège de symptômes alarmants, dont le plus grave est sans contredit, l'impulsion irrésistible à recommencer, est là qui les attend quand elles ont une fois seulement, approché leurs lèvres de la coupe empoisonnée. Et, il y a dans cette irrésistibilité qui accompagne les récidives, plus encore que les premières tentations, un caractère qui appartient bien réellement au morphinisme; en avançant ce fait si singulier et cependant si terriblement vrai, nous nous appuyons sur des aveux sincères d'amis, de morphinomanes guéris pour la seconde, pour la troisième fois; et, qui, devant une solution de morphine, frémissent malgré eux, tant ils ont peur de céder à la tentation, sachant bien qu'une faiblesse, qu'une première piqûre serait infailliblement pour eux le commencement d'une nouvelle et longue intoxication. Dans cet ordre d'idées, nous pourrions citer des faits d'une bizarrerie extraordinaire.

Un de nos amis, morphinomane récidiviste guéri deux fois s'est condamné à ne jamais boire de vin, parce que le vin, par une association d'idées malheureuses chez lui et qu'il n'explique pas, lui donne l'idée de se pratiquer des injections de morphine ; et bien que très amateur de vin, il ne boit que de l'eau. Un autre, qui est médecin (et ici le fait s'explique mieux), toutes les fois que, dans un service d'hôpital, il voit pratiquer une injection de morphine, se retire discrètement pour ne point *succomber à la tentation*. Un troisième ne veut pas, qu'en sa présence, il soit question de morphine, ni de morphinomanes, et, en cela, il a mille fois raison. Malheureusement, il en est du morphinomane guéri

comme de l'insecte qui est, malgré lui, attiré par la lumière du brasier où il va se brûler les ailes et trouver la mort : il est instinctivement porté à s'occuper des choses qu'il devrait fuir. S'il est médecin, ce qui arrive fréquemment, on le voit s'intéresser de préférence aux morphinomanes, qu'il interroge longuement, il leur pose mille questions auxquelles ceux-ci s'empressent de répondre en souriant, comprenant tout de suite que leur interlocuteur n'est pas un néophyte, etc.

S'il est étranger à la profession, cette attraction est la même, quoique se manifestant sous une autre forme. Attiré malgré lui vers tout ce qui lui rappelle son ancienne passion il se mettra avec fureur, à lire tout ce qui a trait à la question du morphinisme, recherchant lui aussi, ceux qui sont atteints de ce vice malheureux, porté ainsi vers tout ce qu'il devrait le plus fuir, lui pour qui la plus petite faiblesse peut être la cause du plus grand malheur.

C'est ainsi que, récidiviste presque sans le savoir et malgré elle, notre malade avait été ainsi entraînée, ayant constamment sous les yeux l'exemple pernicieux de sa sœur morphinomane, elle s'était fait une première piqûre, piqûre imprudente qui fut suivie le soir même d'une seconde piqûre. Au bout de huit jours elle absorbait déjà la dose journalière énorme de cinquante centigrammes. — Elle avait ainsi dans huit jours perdu le bénéfice d'un traitement extrêmement rigoureux qui avait failli lui coûter la vie. — Dans huit jours elle était arrivée à la dose des vraies morphinomanes, augmentant tous les jours de plusieurs centigrammes elle était arrivée à cette dose énorme, progression rapide et fatale, en effet, qu'on retrouve dans tous les cas de mophinisme récidivé. L'organisme est, en quelque sorte, plus accoutumé, plus usé, et là où il a fallu deux mois à la première intoxication, huit jours ont suffi à la seconde. Dans les cas de récidive, les morphinomanes arrivent ainsi bien plus vite à des doses énormes. C'est une vérité clinique basée sur l'obser-

vation de nombreux malades. Au bout de deux mois elle absorbait déjà deux grammes de morphine par jour.

B... se rappelant toutes les souffrances qu'elle avait endurées à sa première intoxication, pendant dix ans, eut alors l'idée de ne pas faire comme la première fois, c'est-à-dire courir pendant des années tous les hôpitaux. Quoique morphinomane impénitente, elle comprit fort bien que le traitement à l'hôpital serait illusoire, étant données les facilités qu'elle avait eues, à maintes reprises, à se procurer des solutions de morphine au beau milieu de son traitement. En cela elle avait bien raison; nous avons rappelé à notre chapitre du *traitement*, que l'asile d'aliénés, réunissait seul les garanties de surveillance nécessaire pour un traitement aussi pénible que celui de la morphinomanie. Elle n'avait pas oublié, et nous-même avons longuement rapporté ailleurs[1] l'inutilité du traitement qu'elle avait subi.

Dix-sept fois, elle était alors entrée à l'*hôpital* pour être traitée et *dix-sept fois* elle était sortie aussi malade qu'à son entrée. Se rappelant qu'elle avait trouvé une première fois le salut dans un asile d'aliénés, elle se fit admettre le 6 mai 1887 avec la ferme résolution de n'en sortir que guérie. — Ce qui arriva effectivement.

IMPULSIONS DANS L'ÉTAT D'ABSTINENCE A LONGUE ÉCHÉANCE

Mais avant d'abandonner les faits cliniques, l'observation du malade, il nous faut parler d'un troisième état dans lequel on peut noter des impulsions. Ce n'est ici, ni l'état du morphinomane qui voit sa piqûre ajournée, ce n'est ici, ni l'état du morphinique qui voit ses injections complètement et brusquement supprimées; nous voulons faire allusion aux conditions psychopathiques de l'individu qui ne fait plus de piqûre, qui a été guéri, mais qui se trouve dans cet état par-

[1] *Loc. cit.*

ticulier, bien décrit par les Allemands, qui dure *quelques semaines encore après la suppression* qui consiste en de « Entberüngesqualen », véritable torture, par privation du stimulant. Cet état est surtout caractérisé par des obsessions à caractère impulsif.

Nous donnons ici quelques extraits d'observation que nous puisons dans la littérature allemande, pour donner une idée nette de ce troisième état particulier, que nous avons déjà étudié en détails dans notre première partie.

Dans la première, qui a trait à un médecin morphinomane, le Dr Küntz, celui-ci décrit lui-même son observation : s'intoxiquant depuis trois ans et demi, il prenait pendant les seize derniers mois, 1 gramme à 1 gr. 1/2 de morphine en injection, par jour. Complètement guéri depuis un an, pendant les quelques semaines qui ont suivi sa guérison, il était en état de guérison apparente, se ressentant du manque de son stimulant habituel, il éprouvait précisément ces « entberüngesqualen », dont nous avons parlé plus haut, qui le rendaient irritable, impatient, irascible, de telle sorte qu'il eût pu commettre alors, des actes tombant sous le coup de la loi [1].

Dans la seconde observation que nous empruntons à Lerdesdorf [2], il s'agit d'un morphinomane qui absorbait aussi, lui, 1 gr. 50 de morphine par jour. Voulant sortir de cet état, il se met en traitement, et le médecin, avec beaucoup de temps et de patience, parvint à le guérir... Mais il tomba bientôt dans un état de dépression cérébrale inquiétante, il éprouvait, entre autres phénomènes, des hallucinations qui l'excitaient à se lever la *nuit*, et même à faire des tentatives de suicide, et se fit un jour, au cou, avec un rasoir, une blessure large

[1] Dr Kuntz, *Morphinomanie devant la loi*, traduit des « *Aertzlich Intelligensblatt*, » n° 3, 1880.

[2] Lerdesdorf, *Viener med. Vochenschrift*, 1876, XXVI, 25, 26. *Die Morphiumsucht.*

de deux pouces... Guéri de cette blessure, il renouvela sa tentative et se tua, cette fois, d'un coup de pistolet.

En résumé, on peut trouver des impulsions à degrés divers, dans trois états :

1° Dans l'état qui accompagne l'attente augmentée de l'injection retardée ;

2° Dans l'état de suppression brusque et complète, et elle aurait ici un cachet particulier d'irrésistibilité ;

3° Dans l'état qui suit la suppression brusque thérapeutique, et qui dure trois à quatre semaines.

Ces impulsions que nous venons d'étudier, présentent aussi une certaine importance au point de vue des *assurances sur la vie*, etc. Résumons-nous.

Y a-t-il dans ces suicides une simple coïncidence, un fait banal, ou bien au contraire un fait pathologique présentant des rapports étroits avec l'abstinence morphinique ? Nous n'hésitons pas à adopter cette dernière opinion. Car si le morphinisme, dans le cours régulier de son évolution, ne produit pas d'impulsion au suicide, l'abstinence, au contraire, en raison des troubles psycho-sensoriels qui caractérisent cet état, développe ces tendances.

Et si nous n'avons jamais observé un suicide provoqué par la morphinomanie elle-même, nous pourrions, au contraire, rapporter bien des faits, où l'abstinence, où le traitement a été interrompu par des idées et des tentatives de suicide grave.

Dans le cours de nos observations, nous avons, chemin faisant, insisté plusieurs fois sur les cas de ce genre. Nous n'y reviendrons pas, nous nous contenterons seulement de donner ici, pour finir, une observation très probante à ce sujet en raison des tentatives de suicide multipliées qui ont marqué le cours du sevrage morphinique.

Résumé. — Morphinisme remontant à sept années. Rechutes nombreuses. — Coexistence d'hystéro-épilep-

sie. — Tentatives multipliées de strangulation et pendaison dans le cours du traitement progressif. — Attaques hystéro-maniaques. — Mort. — I..., 24 ans, figurante, dans un apothéose dramatique, tombée de plusieurs mètres et s'était fracturée plusieurs membres. Dans le cours du traitement, on lui pratique des injections de morphine, ce qui est une faute, en raison de son état d'hystéro-épilepsie.

Une fois guérie, se rappelant le bien-être produit par la morphine, elle eut bien vite fait de se pratiquer d'elle-même, sans ordonnance de médecin des injections hypodermiques. De là, à devenir morphinomane, hystérique comme elle l'était, il n'y avait qu'un pas, et ce pas fut bien vite franchi. Au bout de deux mois elle absorbait 1 gramme de morphine.

Au bout de plusieurs années, après de nombreuses péripéties (guérisons et rechûtes successives), elle prit le parti d'entrer à Sainte-Anne pour en finir une bonne fois. C'est là que nous fûmes appelé à l'examiner et à la traiter (Voir au *Traitement*, tableau n° 3, p. 359).

C'est dans le cours de ce traitement qu'elle pratiqua cinq tentatives de suicide, et il fallut toute la surveillance rigoureuse déployée dans les asiles d'aliénés pour les faire avorter et pour en empêcher d'autres. Une première fois elle fut trouvée pendue au pied de son lit, et si on n'avait coupé immédiatement les liens qui avaient déjà déterminé un commencement d'asphyxie, elle aurait infailliblement succombé. Une seconde tentative de strangulation avec les cordons de la camisole de force, n'eut heureusement pas plus de résultats grâce aux soins attentifs de l'infirmière, chargée de la surveiller nuit et jour. — Une autre fois elle nous envoya une lettre dans laquelle elle nous faisait part de ses intentions de suicide. « Si vous ne me faites pas donner de la morphine d'ici deux heures, nous écrivait-elle, ce soir je ne serai plus en vie. » Effectivement, le soir elle faisait une nouvelle tentative avec ses draps, et cette fois, il fallut plusieurs heures pour la rappeler à la vie. Et cependant, elle devait être emportée d'une autre façon.....

Le 20 juillet, la malade qui ne prenait plus de morphine depuis le 4 se plaignit de coliques et vomit à plusieurs reprises ; le lendemain, 21 juillet, elle eut trois attaques d'hys-

térie. La veille de sa mort après avoir passé une très bonne journée, I .. était gaie, chantait, se promenait dans le jardin et causait avec les autres malades. Dans la nuit du 22 au 23, sommeil un peu agité ; la malade se plaignait de douleurs pendant la miction. Le matin du 23 elle s'était levée à cinq heures et, après avoir fait sa toilette toute seule (habituellement la gardienne l'aidait un peu) et déjeuné de bon appétit, I... est allée se promener dans le jardin. Vers neuf heures et demie, elle a demandé à la surveillante la permission de se recoucher disant qu'elle avait un peu froid. A l'infirmerie où la malade avait son lit, se trouvaient à ce moment une gardienne et une malade, aphasique, voisine du lit d'I... Quelque temps après que cette dernière se fût mise au lit, la gardienne fut obligée de s'absenter pour les besoins du service. A peine la fille de salle fut-elle dehors, que la surveillante, qui se trouvait dans une pièce voisine, entendit les cris : « Madame Lévêque, madame Lévêque ! » C'était l'aphasique, qui voyant sa voisine s'affaisser, jetait l'alarme par le seul cri qu'elle avait à sa disposition. La surveillante accourut en toute hâte, et trouva I... la face pâle, les lèvres cyanosées, les yeux saillants, la bouche grande ouverte, et en proie à une dyspnée terrible. Grâce aux instructions qu'elle avait reçues pour ces cas urgents, la surveillante sans perdre une minute, fit immédiatement à la malade plusieurs injections de morphine. Sur ces entrefaites, le médecin était arrivé, mais malgré tous les soins on ne put réussir à la rappeler à la vie.

Il y avait dix-sept jours qu'I... ne prenait plus de morphine.

Ce qu'il nous faut retenir ici de cette observation, ce sont les tentatives multipliées de suicide.

Nous avons du reste fait à ce propos des recherches parmi les observations que nous possédons, et nous sommes arrivé au chiffre de huit cas d'abstinence morphinique avec tentative de suicides sur cinquante environ.

On est donc autorisé à regarder en pareil cas le suicide, non comme un fait banal, comme une simple coïncidence, mais comme un accident intimement lié à l'*état de privation*.

Aperçu résumé de l'état d'abstinence morphinique

Quelles conclusions médico-légales devons-nous tirer des considérations qui précèdent, de tous les faits cliniques que nous avons passés en revue? Avec la division que nous avons introduite dans cette étude, la besogne nous sera facile maintenant que les jalons ont été posés.

Il faut aussi remarquer que cette discussion n'est pas oiseuse, et que nous ne nous livrons pas ici à des vues purement théoriques.

Si jusqu'à présent les faits délictueux ont été observés presque exclusivement en clinique, soit dans les murs d'un asile, soit dans le cours d'un traitement par la suppression brusque, il ne s'ensuit pas que la question doive toujours rester ainsi circonscrite. On a déjà vu en lisant les observations que nous avons citées, que certaines d'entre elles auraient pu, comme celle de M. Marandon de Montyel, par exemple, dans des circonstances déterminées, donner lieu à des expertises médico-légales.

D'autre part, les habitudes morphiniques prenant une extension formidable, il est à présumer que ces cas cliniques peuvent devenir d'un moment à l'autre des cas médico-légaux.

Et puis enfin, il est juste de dire que si en France il y a peu de rapports médico-légaux ayant trait à des morphinomanes en état d'abstinence vraie, il y en a concernant l'état que nous désignons ici, pour ne pas nous embrouiller, sous le nom de *pseudo-abstinence*, et pour lequel nous pouvons appliquer toutes nos considérations du chapitre précédent.

Ce sont les cas de Lunier et de Motet [1] dont nous avons déjà parlé dans la première partie de cette étude médico-légale.

[1] Lunier et Motet, *Rapports cités.*

L'état de *pseudo-abstinence* au point de vue légal sera cet état dans lequel se trouve le morphinomane qui sent sa provision de morphine, s'épuiser et qui voit qu'en même temps sa bourse se vide. Voilà ce que nous devons entendre par cette situation bien spéciale et angoissante du morphinique avéré qui voit venir le moment où l'argent dont il dispose ne pourra plus suffire à acheter sa provision quotidienne. Poussé alors dans ses derniers retranchements, il volera.

Cet état mérite donc une désignation spéciale; ce n'est pas l'abstinence, ce n'est pas la suppression brusque et complète, c'est la *perspective* affreuse de l'abstinence, de la suppression brusque à courte échéance ; c'est la *pseudo-abstinence.*

Mais avant de donner nos conclusions en l'espèce, nous devons résumer les cas précédemment étudiés, et qui peuvent d'un jour à l'autre avoir aussi une application médico-légale.

a. Inculpés atteints de delirium tremens morphinique au moment du délit

Pour le *delirium tremens* amorphinique, pour cet état maniaque qui accompagne l'abstinence brusque, il pourrait résulter des *actes violents* que le tribunal aurait à apprécier, et qu'on pourrait soumettre à l'appréciation d'un médecin légiste.

Cet état bien connu, nous le répétons, n'a pas encore donné lieu à des expertises médico-légales, du moins à notre connaissance, jusqu'à présent ; mais d'un moment à l'autre, puisqu'en clinique cet état a été fréquemment observé, le médecin peut avoir à donner son avis sur un cas judiciaire rentrant dans cette catégorie.

Les actes violents en question pourraient consister en coups, blessures, meurtre même.

En pareille circonstance, nous affirmons franchement l'irresponsabilité d'un inculpé.

Les médecins allemands, français, sont du reste d'accord sur ce point, Levinstein, Erlenmeyer, Leidesdorf sont formels sur cette matière ; Zambacco également.

C'est même dans ce sens, nous l'avons dit, que l'on pourrait prendre le cas de Hallez pour expliquer et excuser la fureur d'un morphinomane accusé d'avoir roué de coups une personne indifférente.

Toutes nos observations, tous les faits cliniques que nous avons rapportés dans ce sens au chapitre précédent, militent en faveur de la perte complète du libre arbitre en pareille occurrence.

En pareil cas, nous l'avons vu, ces actes violents peuvent être rapportés :

1° A un délire maniaque;

2° A des hallucinations;

3° A des impulsions.

b. Inculpés souffrant d'un retard dans leur injection ou se trouvant en demi-abstinence au moment du délit

Nous avons suffisamment insisté sur les morphinomanes de cette catégorie pour ne pas y revenir ici.

Nous voulons simplement faire remarquer la difficulté qu'il y aurait pour l'instruction à bien établir que l'inculpé se trouvait sous le coup d'un retard apporté dans ses injections.

Nous avons prouvé cependant qu'avec un peu d'adresse, un expert spécialiste pourrait, avec les symptômes circonstanciés décrits plus hauts, arriver à affirmer ce que nous appelons ici l'*état de demi-abstinence*.

Dans ce cas, les faits cliniques prouvant que l'irritabilité impulsive dans ce moment est quasi-pathologique, il doit y avoir atténuation dans la responsabilité.

c. Inculpés sous le coup de l'état particulier qui suit pendant quelques semaines la suppression brusque

Nous voulons parler de cet état particulier, de cette irritabilité signalée seulement en Allemagne et dont nous avons donné deux exemples plus haut pris dans Leidesdorf et dans Küntz. Nous avouons ne pas connaître du tout cet état; Küntz [1], qui a éprouvé lui-même cet état, dit qu'il aurait pu à ce moment commettre des actes tombant sous le coup de la loi.

Il conclut en ajoutant qu'un inculpé ne pourrait être alors rendu responsable qu'en partie de ses actes, et même, que dans certains cas, le malade doit être reconnu absolument irresponsable devant la loi.

d. Inculpés dans l'état de pseudo-abstinence et d'abstinence

Nous arrivons maintenant aux conclusions les plus importantes touchant l'état d'abstinence morphinique puisque, jusqu'à présent, cet état seul a donné lieu à des rapports médico-légaux. Nous avons vu ce que nous entendons par cet état de pseudo-abstinence, nous n'y reviendrons pas. On comprend toutes les angoisses d'un pareil état.

Jusqu'à une certaine période l'argent n'a pas manqué, on s'est procuré tant bien que mal le poison devenu indispensable; mais il arrive un moment où la dose augmente toujours, sans que les ressources pécuniaires suivent le moins du monde cette progression.

On essaye d'abord de diminuer la dose, mais on a vite fait de voir que cette dose ne suffit plus maintenant : la dose accoutumée est devenue, à ce moment, nécessaire au fonc-

[1] Kuntz. *Loc. cit.*

tionnement des cellules cérébrales, comme les aliments de chaque jour pour entretenir la vie du corps.

Nous avons en effet démontré dans une autre partie de ce mémoire que, à un moment donné, ces deux sensations intimes, appétit morphinique et sensation de la faim étaient aussi vivaces l'un que l'autre, aussi irrésistibles.

Or, l'individu affamé, l'individu privé absolument de nourriture dans certaines circonstances spéciales, serait-il rendu responsable de faits, qui, dans d'autres circonstances seraient appelés délictueux, criminels ? L'histoire, dans certaines relations de famine discute des faits de ce genre, et dans son impartialité l'excuse.

Les récits des voyageurs, des navigateurs, en contiennent également. Bref on a toujours excusé cette impulsion morbide qui fait que l'homme qui est rendu au dernier degré de la faim voit *rouge*, ne voit plus ce qu'il fait, vole ou tue pour satisfaire un appétit irrésistible.

Celui qui a vu le tableau d'un morphinomane privé de sa morphine, c'est-à-dire privé de l'aliment maintenant nécessaire, de par une longue accoutumance, au fonctionnement, à la vie des cellules cérébrales, ne verra aucune exagération à assimiler ces deux états : il y a dans ces deux états même *besoin vital*.

En effet, avant d'aborder les faits médico-légaux, apprécions et commentons les faits cliniques ; il y a dans les faits judiciaires une trop longue part à faire à toutes sortes d'éléments étrangers ; hérédité, vie antérieure et presque toujours incertaine, dissimulation, etc. etc., qui font qu'on ne peut pas prendre ces faits comme base d'une discussion scientifique.

Reportons-nous d'abord aux deux observations citées plus haut. Nous voyons deux individus dont l'un, un avocat d'une honorabilité parfaite, sous l'influence de l'abstinence morphinique se laisse aller à commettre des actes délictueux dans le but évident et indiqué de se *procurer de la morphine*.

En consultant les autres faits du même genre, nous voyons qu'en *clinique*, c'est-à-dire chez les malades et nous y avons insisté à ce moment, les impulsions à *voler*, *n'ont toujours eu pour but que de se procurer de la morphine.*

La conclusion que nous devons donc émettre ici c'est qu'au point de vue judiciaire :

Quand l'inculpé morphinomane aura volé dans le but prouvé de se procurer de la morphine qui lui manque, il *devra être déclaré absolument irresponsable.*

Nos conclusions sont dans ces limites, croyons-nous en rapport avec les faits cliniques, c'est-à-dire avec la réalité des faits [1].

C'est du reste pour ces raisons, et après l'exposé si net du docteur Motet, que le tribunal a acquitté Mme de Saint-J..., dans un procès médico-légal.

Nous ne pouvons résister au désir de publier, quelques courts extraits de ce rapport, concernant le point seulement qui nous intéresse ici. On verra clairement dans quel état d'angoisse, d'obsession réellement pathologique, peut mettre cet état que nous avons désigné sous le nom de pseudo-abstinence morphinique et qui mérite bien réellement dans les conditions que nous venons de déterminer, d'entraîner l'irresponsabilité d'un accusé.

[1] Nous devons dire cependant que Marandon de Montyel, dans sa contribution à l'étude de la morphinomanie (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1885, p. 63. *Conclusion* IX), se place en pareil cas à un point de vue un peu spécial. Pour le morphinomane de cette catégorie : « il y aurait peut-être lieu, dit-il, de distinguer s'ils ont cédé à un simple appétit d'euphorie ou à une nécessité physique, dépendant de l'instinct de conservation. L'irresponsabilité me semblerait justifiée pour le dernier cas. » Cette conclusion repose sur une appréciation très fine et admirablement creusée de l'état psychique du morphinomane à ce moment. Mais nous ne croyons pas, en raison précisément des difficultés pratiques, qu'il y aurait à faire cette distinction purement psychologique qui existe assurément du reste entre les deux états précités ; nous ne pensons pas qu'on doive scinder ainsi ces deux états dans le cours d'une expertise judiciaire.

Il s'agit d'un vol à l'étalage chez une morphinomane qui absorbait au moins un gramme par jour... Nous ne donnons que les passages qui ont trait spécialement au point délicat que nous discutons en ce moment :

... La situation était devenue pour elle, tout à coup difficile. Le pharmacien auquel elle devait 1 600 francs ne voulut plus lui donner de morphine : un acompte de 200 francs ne le satisfit pas ; il écrivit une lettre que reçut Mme J..... et qui la terrifia. « Il ne me restait plus, dit-elle, que quelques paquets. Le pharmacien me refusait crédit, je ne savais plus comment j'allais pouvoir me procurer de la morphine. Je n'osais pas avouer tout à mon mari ; j'avais emprunté dejà, à une amie, pour donner un acompte. Je reçus une seconde lettre plus pressante encore, me disant que si, dans trois jours, je n'avais pas payé, mon mari serait prévenu. A partir de ce moment, je n'ai pas vécu, je n'avais plus la tête à moi, je ne pouvais supporter ni les bruits des pas dans l'escalier, ni le bavardage de mes enfants ; j'étais d'autant plus malade que je me voyais obligée de diminuer les doses de morphine ; j'avais des troubles de la vue, les objets grossissaient énormément et dansaient devant moi, j'étais comme étourdie et j'avais de terribles impatiences ; j'adore mes enfants, je ne pouvais plus les souffrir près de moi, je les ai frappés. Enfin je n'eus plus qu'une idée, me procurer de l'argent. Je ne m'étais arrêtée à aucun moyen, je ne savais pas ce que je ferais, une chose plutôt qu'une autre. La fatalité a voulu que, ayant besoin de doublure pour un vêtement, j'entre aux magasins de la ville Saint-Denis. Je ne devais même pas passer par là, pour aller chercher mes petites filles à leur pension. C'est en achetant ce dont j'avais besoin, que l'idée m'est venue d'emporter le paquet sans le payer. Je n'ai pas pensé, sur le moment, aux conséquences de ce que je faisais. Je ne voyais que la possibilité d'avoir avec cela de l'argent pour acheter de la morphine. Quand je suis rentrée chez moi, j'étais morte de honte ; j'aurais dû prévenir mon mari, il aurait reporté le paquet, je n'ai pas osé. Cinq ou six jours après, vivant dans cette inquiétude continuelle de me voir privée de morphine, j'ai, sans plus réfléchir qu'on pût me reconnaître, porté une partie des objets que j'avais pris aux magasins de la ville Saint-Denis ; j'ai demandé qu'on me remboursât la

valeur ; on m'a arrêtée, conduite chez le commissaire de police. J'ai passé au poste une nuit horrible, anéantie, morte, n'ayant plus d'idées. Une seconde nuit comme celle-là, j'aimerais mieux mourir.....

Il est aisé de voir par ces courts extraits que le vol en question est absolument pathologique, et peut être comparé en tous points aux deux faits classiques que nous avons cités plus haut. Aussi, bien qu'elle ne fût pas vraisemblablement à ce moment en état d'abstinence vraie, mais seulement dans cet état de pseudo-abstinence dont nous avons parlé, elle devait être déclarée irresponsable. Ce furent du reste les conclusions de l'éminent expert, conclusions qui furent adoptées par le tribunal, et Mme de Saint-J., fût acquittée.

Ici l'argent manquait et bien qu'il n'y eut pas à proprement parlé, vol de morphine, il est aisé de comprendre, en suivant attentivement et pas à pas les déclarations de l'inculpée, que le vol à l'étalage avait pour but évident, sinon de se procurer de la morphine, du moins de ménager ses ressources, et partant de renouveler sa provision épuisée.

Le cas qui fait le sujet de ce rapport médico-légal de M. Lunier [1] présente à étudier les mêmes considérations, bien qu'ici la passion n'était plus la morphine mais bien le laudanum, qu'elle buvait à la dose de 40 à 45 grammes par jour. Ici se posent des questions étrangères, de niveau mental, etc., le fait de pseudo-abstinence, telle que nous l'avons comprise, expliquait et excusait suffisamment le délit. La fille D... qui fait le sujet du rapport en question avait volé dans un magasin.

Le besoin de prendre du laudanum était chez elle tellement impérieux, qu'elle vendit successivement tout ce quelle possédait, bijoux, meubles, vêtements. Elle achetait du laudanum en litre et dépensait 1 000 à 1 200 francs par an pour

[1] Lunier, *Annales d'hyg. et de médecine légale*, 1881, t. VI.

satisfaire sa passion... A bout de ressources et ne pouvant se passer de laudanum, le 1er mai, elle vole à l'étalage des dentelles qu'elle vendit le jour même 140 francs pour acheter du laudanum.

La fille D... fut déclarée irresponsable et acquittée.

Il est juste évidemment de faire remarquer que dans ces deux cas bien d'autres facteurs ont été pris et doivent être pris, dans des cas semblables, en considération : l'hérédité, niveau mental proprement dit, abaissé par le fait de l'intoxication, coexistance : d'un élément hystérique surajouté, etc. etc. Tous ces facteurs ont été étudiés plus haut dans des chapitres spéciaux. Mais ce que nous voulons démontrer ici, c'est que le seul fait de l'état de pseudo-abstinence dans lequel se trouvaient les inculpés au moment du délit avec le but démontré de se procurer de la morphine d'une manière directe ou indirecte ; nous voulons, dis-je, simplement prouver que ce seul facteur eut suffi pour conclure à l'irresponsabilité.

En pareil cas, on le voit, la ligne de conduite à suivre est nettement tracée. Mais quelle conduite devrait tenir l'expert, le cas échéant, dans un cas de vol chez un morphinomane en état de pseudo-abstinence, pour lequel il serait bien et dûment constaté que le vol n'aurait pas eu pour but de se procurer de la morphine.

En se reportant au tableau que nous avons fait des morphiniques placés dans cette situation de pseudo-abstinence, qui touche de si près à la pathologie, sans admettre ici une impulsion nettement déterminée qui expliquât le délit, on doit certainement tenir compte de l'état d'obtusion intellectuelle dans lequel le met cet état tout particulier de disette morphinique. On devra donc admettre en pareil cas une responsabilité atténuée.

TROISIÈME PARTIE

DE LA MORPHINOMANIE

AU POINT DE VUE DÉMOGRAPHIQUE ET AU POINT DE VUE DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET PROFESSIONNELLE. — PROPHYLAXIE.

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous avons longuement étudié, les conséquences, les funestes effets de la morphine. Nous avons vu la grande extension que la passion engendrée par la morphine a prise depuis une dizaine d'années.

Toutes les fois que l'occasion s'est présentée dans le cours de notre étude clinique et médico-légale, nous n'avons pas manqué d'insister sur ce point que l'intoxication morphinique, autrefois l'apanage des gens de la classe élevée, la passion exclusive des *délicats*, si je puis m'exprimer de la sorte, a lentement étendu son rayon depuis deux ou trois ans.

Les médecins sont naturellement les premiers qui ont goûté à la coupe empoisonnée de l'ivresse morphinique. Et pendant longtemps, ils ont été les seules victimes de cette triste passion ; si on consulte en effet les premières observations de morphinomanie, on voit que les gens de la profession ont payé un large tribut à la maladie nouvelle. Nous avons nous-même cité longuement l'observation d'un jeune docteur en médecine, morphinomane, qui a du reste suc-

combé dans la cachexie morphinique. Levinstein, dans une statistique citée par tout le monde, dit avoir observé 31 médecins sur 100 morphiniques. Landowski va plus loin et donne sur 160 malades 81 médecins et étudiants en médecine. Les statistiques des auteurs allemands donnent à peu près cette dernière moyenne. Nous avons donné au chapitre de l'*Étiologie* plusieurs statistiques allemandes, françaises, et américaines de : Levinstein, de Burkart, d'Obersteiner, de Mattison, de Güntz, de Landowski.

Ces différentes statistiques auraient été mieux placées ici dans le chapitre consacré à la démographie, mais ne voulant pas exposer à d'inutiles répétitions, nous renvoyons au chapitre de l'*Étiologie*. On verra là l'influence des professions sur la morphinomanie.

A ce chapitre, nous donnons une statistique *personnelle* reposant sur 120 malades, statistique à laquelle nous renvoyons pour toutes les questions de sexe, d'âge, de profession, etc. On pourrait à ce propos citer des observations par centaines et se lancer dans des considérations à perte de vue. Pour donner une idée de la fréquence du morphinisme chez les médecins, je me contenterai de citer ce fait inouï rapporté par Zambacco et très caractéristique ; parmi les médecins qui assistaient à sa communication sur la morphinomanie au congrès médical d'Athènes, trois vinrent à l'issue de la séance le trouver et lui avouer qu'ils se pratiquaient des injections de morphine. Notons ici qu'il est bien difficile d'établir une statistique à peu près raisonnable, surtout chez nous où il n'y a pas d'établissement spécial pour les morphiniques. Beaucoup vivent dans le monde sans que personne ne se doute de leur funeste passion, pas même leurs amis. On est quelquefois étonné d'apprendre un beau jour que un tel abuse de la morphine depuis un an et plus. Aussi Foville dit-il avec raison que l'on coudoie partout dans le monde le morphinomane sans s'en douter. Les pharmaciens ont suivi immédiatement les médecins dans cette voie,

Zambacco cite à ce propos l'histoire d'un pharmacien morphinomane qui puisait à vue de nez, dans un flacon, la dose qu'il prenait quotidiennement, avec la pensée de ne pas dépasser 2 centigrammes. « J'ai pu constater, ajoute l'auteur que nous venons de citer, qu'il y en avait à peu près cinq. Cette erreur quasi-volontaire se renouvelait quatre à cinq fois par jour. Autrefois, il n'y avait que les médecins et les pharmaciens à connaître les délices perfides de l'ivresse morphinique. Les femmes du monde, à imagination romanesque, ne tardèrent pas à se laisser séduire par certaines descriptions mi-médicales, mi-littéraires qui dépeignaient les voluptés écœurantes de la morphine sous les couleurs les plus riantes, descriptions qui laissaient complètement dans l'ombre tout le cortège des symptômes terribles qui en sont la conséquence forcée.

La littérature extra-médicale de ces dernières années n'a pas peu contribué non plus à répandre encore davantage ces funestes passions. Elle a dépeint ces abus morphiniques comme une conséquence de la névrose, la grande maladie à la mode des romanciers ; et, comme se dire *névrosé* était parfaitement porté, on s'est fait des piqûres de morphine. On avait alors atteint le but tant souhaité: on était victime de la névrose ; victime de la *maladie du siècle*. On ne se doutait pas malheureusement que le névrosé, dans l'espèce l'intoxiqué morphinique, devenait parfois un malade fort peu intéressant, couvert d'abcès, aux dents branlantes, à l'haleine fétide, cent fois plus repoussant que l'ivrogne, que l'intoxiqué alcoolique. Ce serait ici le cas de livrer à la méditation des amateurs de névrose, le tableau si complet et si véridique que Zambacco a tracé dans son étude si souvent citée de la morphinomanie.

Cette déplorable passion ne fut pas longtemps la passion exclusive des médecins, des pharmaciens, des raffinés. Avec la rapidité que les idées malsaines mettent à faire du chemin, grâce aux publications à bon marché qui courent Pa-

ris et même la province, la morphinomanie devait sortir de ce cercle relativement étroit.

Après l'*alcoolisme* et l'*absinthisme*, l'intoxication qui a fait le plus de victimes, dans nos pays, du moins, c'est le *morphinisme*.

Le morphinisme, à peine connu voilà dix ans, a marché, depuis à pas de géant.

Cette nouvelle passion est actuellement bien connue. Observée aussi bien dans les hôpitaux et les hospices que dans les asiles d'aliénés, elle a été décrite, et bien décrite, tant dans les journaux de médecine générale que dans les annales spéciales.

Car si, dans l'antiquité, quelques poètes ont élevé des temples à Bacchus, il s'est trouvé, dès les temps les plus reculés, des philosophes, des moralistes, pour flétrir sévèrement ce vice, qu'on regardait déjà comme une cause de déchéance physique et morale. Et, de nos jours, l'on a pu voir tout récemment encore, en plein Sénat, l'ivrognerie dénoncée comme une *calamité publique* par M. le sénateur Claude dans un magistral rapport.

Mais ce que nous voulons dire, c'est que précisément ce qu'il y a d'intéressant dans l'histoire de ces passions artificielles, c'est que la nature de l'agent employé, la forme de l'intoxication, varie avec les mœurs de l'époque et des pays.

Car enfin nous pouvons assimiler toutes ces passions honteuses, les comparer et mettre l'ivrognerie morphinique sur le même pied que le vice alcoolique, que la passion absinthique. L'une n'est certes pas plus recommandable que les deux autres, si l'on raisonne en moraliste ; et si l'on parle en médecin, on peut dire que tous ces vices sont également très préjudiciables à la santé.

Ce qui justifie précisément le rapprochement que nous faisons en ce moment, c'est que ces différentes intoxications, comme nous le verrons dans plusieurs de nos observations,

peuvent alterner, se succéder, ou même coexister chez le même individu.

Eh bien ! il est curieux de voir combien, en quelques années, l'engouement a varié au sujet de chacune de ces passions.

Autrefois l'apanage exclusif d'une certaine classe, cette terrible passion a subi une si grande extension, a pris de si vastes proportions, qu'elle a pénétré dans tous les rangs et qu'actuellement on peut, sans être taxé d'exagération, considérer le vice morphinique comme un péril social.

Dans un autre mémoire, nous avons abordé et discuté longuement et avec beaucoup de soin toutes ces questions d'étiologie, de déontologie, de statistique et de démographie médicale, à propos de l'ivresse morphinique. Et nous avons montré, avec des faits à l'appui, que cette passion s'était répandue, actuellement, aussi bien dans les campagnes que dans les villes, aussi bien dans l'armée que chez les marins des côtes, aussi bien chez les illettrés que chez les lettrés, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, chez les artisans que dans les professions libérales. Nous avons montré que les causes aujourd'hui n'en sont plus les mêmes. Presque exclusivement d'origine thérapeutique autrefois, le morphinisme est souvent, maintenant, une passion comme une autre tout simplement, qui n'a même plus l'ancienne excuse de l'influence médicale.

Devant un danger qui menace, à ce point, de se généraliser, il importe de chercher à couper le mal à sa racine, sans attendre qu'il ait fait trop de victimes. Il importe, si l'on veut y arriver, d'imiter Magnus Huss et Motet lorsqu'ils jetèrent le cri d'alarme à propos de l'alcoolisme et de l'absinthisme, et d'engager tous les médecins à pousser le cri de détresse, le « *caveant consules* », en face de cette passion nouvelle qui menace de nous envahir !

Et, pour cela, qu'y aurait-il à faire ?

Il faudrait que tous ceux qui se trouvent placés dans un

milieu favorable, signalent les cas qui tombent sous leur observation et les publient. En faisant ainsi mieux connaître une maladie qu'on a de la tendance dans le monde à regarder plutôt comme une passion rare et curieuse que comme un mal dangereux, ils appelleraient l'attention des intéressés. Car, hâtons-nous d'ajouter, après le tableau sombre que nous venons d'en tracer, que le morphinisme, heureusement, a une prophylaxie au même titre et plus, peut-être, que les deux intoxications auxquelles nous le comparons, et que cette prophylaxie repose, pour une grande part, sur des mesures d'ordre administratif.

Dans cet ordre d'idées, on ne saurait trop multiplier les observations, les analyser et les envisager sous toutes les faces. Et c'est précisément dans l'espoir de contribuer, ainsi, pour une petite part, à attirer l'attention de l'autorité compétente, que nous avons entrepris d'aborder un nouveau point de l'histoire de la morphinomanie. Connaissant les dangers de cette passion et, d'autre part, la facilité et la gravité des chutes, nous ne négligeons aucune occasion de la poursuivre et de la dénoncer.

Lorsque Magnus Huss jetait son cri d'alarme en 1847, et dénonçait, dans une brochure qui fut bientôt traduite dans toutes les langues, le danger des liqueurs *alcooliques* proprement dites, on croyait, dans les milieux spéciaux, que la porte était fermée à des agents d'intoxication nouveaux. Cela n'empêchait pas M. Motet, dix ans plus tard, de pousser à son tour le cri de détresse, le « *caveant consules* », à propos de l'*absinthe*, dont l'usage commençait à prendre, alors, une extension formidable, qui n'a fait, du reste, que s'accentuer depuis.

Et on ne s'est pas arrêté là. C'est alors que la *morphine* a été dénoncée à son tour. Quand Levinstein a signalé à l'attention des médecins et des philosophes la nouvelle passion causée par cet agent enivrant d'un nouveau genre, on n'a voulu voir, d'abord, dans le *morphinisme* qu'une

passion extrêmement rare, provoquée par une thérapeutique maladroite, qu'une intoxication contractée par un nombre très restreint de raffinés.

Mais ce n'est plus ainsi qu'il faut, malheureusement, envisager la question. La morphinomanie est actuellement une passion, un vice aussi grave, aussi redoutable, plus redoutable, peut-être, que l'alcoolisme, que l'absinthisme. Il y aurait, certainement, exagération à dire que l'*ivrognerie morphinique* est aussi répandue que l'*ivrognerie éthylique* et que l'*ivrognerie absinthique*, mais personne ne saurait nier que le morphinisme ait progressé d'une façon effrayante depuis trois ou quatre ans.

De toutes les classes de la société, celle qui par le choix de son genre de vie rentre déjà dans la grande classe des déséquilibrés, celle que son amour de tous les excès devait pousser à cette nouvelle passion, c'était incontestablument toute cette catégorie de femmes qui vendent l'amour à des prix différents, et que pour cette raison on classe sous le nom de demi-mondaines, femmes galantes, femmes de brasserie, insoumises, filles publiques ; aussi ont-elles été parmi les premières victimes du morphinisme. Toutes ces femmes ont entre elles, en effet, ce point commun, qu'elles ont usé et abusé de tout à satiété. Elles se sont alors jetées avec avidité sur un poison qui leur promettait des voluptés nouvelles. Il ne faut pas oublier non plus que ces femmes se recrutent souvent parmi les dégénérées de toute espèce, ou au moins parmi les débiles ; et qu'il y a déjà dans cette tare originelle, comme nous l'avons vu plus haut, une cause prédisposante à toutes les intoxications.

C'est ainsi que pendant notre internat à la préfecture de police, nous avons été à même de remarquer jusqu'à quel point ce vice était répandu parmi les filles publiques, qu'on y arrêtait en très grand nombre pour infraction aux règlements de la prostitution.

Nous avons, du reste, puisé dans ce milieu pour plusieurs de nos observations (p. 68) et (p. 84) et nous sommes du reste entré à ce sujet dans quelques considérations.

Dans ce milieu particulier nous avons pu assister dans ses débuts à un mal naissant qui a certainement pris de l'extension depuis, et qui en prendra encore, puisque rien ne réglemente l'ivresse morphinique. Nous avons dit ailleurs quelle était l'origine de ce mal chez les femmes de cette catégorie, nous n'y reviendrons pas ici; plusieurs d'entre elles, dont nous avons rapporté l'histoire, sont devenues morphinomanes à la suite des insinuations idiotes de leurs amants; l'un d'eux, étudiant en médecine, imbécile et morphinomane lui-même, lui avait fait entrevoir des voluptés ineffables. Elle s'était d'abord pratiquée des injections par curiosité, l'accoutumance avait fait le reste; qu'il nous suffise de dire que ces habitudes pernicieuses sont favorisées par les intoxiquées elles-mêmes qui vantent outre mesure le plaisir ineffable de leur triste passion. En effet, sans cesse « ces morphinomanes d'un nouveau genre, dit Notta[1] montrent leur joli joujou.... qui ne les quitte pas plus que leur boîte à poudre, leurs crayons et leur flacon de sel. Elles vantent les avantages multiples des piqûres de morphine, et non seulement elles s'en font, mais encore en distribuent à des amies trop curieuses qui sont enchantées et ne se doutent pas qu'elles apprennent ainsi souvent au milieu d'un bal ou dans une loge de théâtre, à devenir morphinomanes ... Parmi les nombreuses recrues du bataillon de Cythère plusieurs portent aujourd'hui sur elles une petite seringue de Pravaz en or, et une solution de morphine contenue dans un élégant flacon. »

Ce que Notta dit là des demi-mondaines de la haute classe, nous pouvons le dire de la population des infirmeries du Dé-

[1] Notta, *Loc. cit.*

pôt, population flottante de filles publiques, que les raffles de nuit amènent tous les jours en grand nombre, et qui par conséquent se prête admirablement à une étude de ce genre. Nous avons décrit ailleurs leur manière de procéder; qu'il nous suffise de rappeler ici que dans le milieu où nous avons observé, de prostituées de bas étage, il est vrai, l'arsenal de la morphinomanie ne consistait nullement en « une petite seringue de Pravaz et en une solution de morphine contenue dans un élégant flacon » mais bien en un vulgaire arsenal et dans une grande fiole, non titrée la plupart du temps, sans la moindre élégance; j'ai du reste insisté sur ce détail.

Mais malheureusement le fléau n'a pas arrêté là ses ravages. Dans le peuple, nous ne parlons pas encore bien entendu des intoxications thérapeutiques, cette malheureuse passion a ainsi depuis deux ou trois ans fait de nombreuses victimes, des ouvriers, des ouvrières se sont laissés séduire ainsi par la perspective de jouissances inconnues. Mangeant mal, en proie à toutes les misères d'une vie de labeurs, voyant toutes les satisfactions humaines leur échapper, ils ont ouï dire qu'il y avait un moyen d'oublier tous leurs maux et de goûter des félicités à eux inconnues. Ils s'y sont même jetés à corps perdu, oubliant tout frein et toute mesure, n'apportant pas même dans leurs passions les lenteurs calculées des raffinés de la classe supérieure.

La morphinomanie a produit ainsi dans la classe ouvrière bien des victimes dont quelques-unes sont intéressantes. Nous avons connu une ouvrière, mariée à un mari ivrogne et querelleur, qui a cherché des consolations dans les injections morphinées; si son mari est un franc alcoolique, elle est devenue une morphinomane avérée à l'heure actuelle. Je ne parlerai pas bien entendu ici des infirmiers, des gardiens, des surveillants dont la passion morphinique a une origine un peu différente, professionnelle, pour ainsi dire. C'est ainsi que nous connaissons une surveillante dont la

passion pour la morphine ne fait de doute que dans l'esprit de ceux qui ne connaissent pas la morphine. Nous connaissons également un garçon de laboratoire morphinomane. Celui-ci employé dans une grande maison de produits chimiques se moque d'un autre garçon de laboratoire, alcoolique avéré et le sermonne sur le danger de l'éthylisme; il s'en va partout vantant ses habitudes morphiniques, leur innocuité et le plaisir indicible qu'elles procurent, mettant une espèce de fanfaronnade imbécile à faire ses piqûres devant un grand nombre d'admirateurs : il n'en faut pas davantage pour jeter l'étincelle dans un public illettré, qui ne croit que ce qu'il ressent, et qui ne se doute nullement des conséquences lointaines de pareilles habitudes.

Ces déplorables habitudes ont même pénétré dans les campagnes : je connais des paysans morphinomanes. Il est juste de dire, il est vrai, que ce sont ici des morphinomanes thérapeutiques, ne rentrant pas dans la catégorie de ceux que nous citons ici. Je ne fais que les citer en passant, nous y reviendrons tout à l'heure.

Et puis enfin en dehors de toutes ces catégories, de toutes ces classes, il y a une classe particulière d'individus prenant la morphine à titre de stimulant et de temps en temps. Quoiqu'on ait dit, bien qu'on ait nié le fait, il existe une classe particulière d'individus qui ne sont ni morphiniques, encore moins morphinomanes, qui ne prennent de la morphine *que par occasion*, comme stimulant intellectuel, au même titre que le café, etc., ces morphinomanes d'un nouveau genre existent bien réellement ; faute d'un meilleur terme, nous les avons désignés sous le nom de *morphinisés*. Nous en connaissons des exemples, nous en avons même cité des observations. A cette classe de morphinisés par occasion se rattachent également ces autres intoxiqués qui cherchent de temps à autre un oubli de leurs maux, sans être le moins du monde morphinomanes, dans une injection

de morphine, comme tant d'autres chercheraient une consolation dans un verre d'alcool. Nous avons du reste parlé de cette classe de morphinisés non encore connue, dans une autre partie de notre mémoire.

Quelle est la voie de cette propagation, quelle est la grande cause de l'extension que prend la morphinomanie depuis deux ou trois ans ? Erlenmeyer incrimine la civilisation ; évidemment les raffinés, les gens haut placés payent un large tribut à cette funeste maladie, mais on a vu que les gens du peuple en sont également atteints. Avec la civilisation, il y a les mauvais conseils, la curiosité ; l'imitation fait le reste : « Entendant les morphinomanes vanter les voluptés ineffables..... attirés par la curiosité, alléchés surtout par la perspective de jouissances inconnues, d'autres les suivirent ; voyageurs imprudents qui se laissèrent séduire par la voix et les charmes trompeurs de la sirène, sans que leurs yeux sussent percer l'onde perfide pour apercevoir au fond des eaux la queue bifurquée du monstre. »

Mais au-dessus de la civilisation, au-dessus des appétits instinctifs et quasi-impulsifs des héréditaires dégénérés, au-dessus de la curiosité malsaine, au-dessus des mauvais conseils de l'imitation, mais au-dessus de toutes les considérations, de tous les facteurs que nous venons de passer en revue, il y a un coupable, un grand coupable. Ce coupable, ne craignons pas de le dire, c'est le médecin.

C'est le médecin qui le premier a jeté l'étincelle, c'est le médecin qui, par son imprudence ou par sa négligence, a provoqué l'explosion de l'incendie. C'est le médecin, qui, quelquefois aussi dans un intérêt coupable a donné naissance à toute cette catégorie de morphinomanes de beaucoup les plus nombreux, que nous avons désignés sous le nom de morphinomanes médicaux. Nous comprenons sous cette dési-

gnation tous les cas de morphinomanie si répandus, ayant une origine thérapeutique, classe autrement intéressante, dans le sens humain du mot, que celle que nous venons d'étudier et autrement excusable. Cette morphinomanie a, pour ainsi dire, été imposée, l'autre est acquise. En un mot, la morphinomanie thérapeutique sera si l'on veut la syphilis communiquée, l'autre celle que nous venons d'étudier, et qui comprend les ivrognes morphinomanes sera la syphilis acquise. Celle-ci en effet est fort peu intéressante, Zambacco va même plus loin dans son mépris : « Les morphinomanes de cette classe, dit-il, sont des gens qui n'on droit ni au respect, ni à la moindre considération. Ils sont devenus les ivrognes de la morphine sans maladie préalable, sérieuse, et en dehors de toute nécessité. C'est uniquement pour se livrer aux délices de l'ivresse morphinique qu'ils se saoulent, qu'on nous passe le mot trivial, et qu'ils s'empoisonnent chaque jour, absolument comme les buveurs d'absinthe, les opiophages, ou les femmes de hachisch. »

Ainsi donc les morphinomanes de cette catégorie sont fort peu recommandables. Ils sont pris d'une passion tout aussi dégradante que la passion pour l'alcool. Par son origine, par ses symptômes, par ses conséquences surtout, l'ivrognerie morphinique imprime à l'intoxiqué un cachet de flétrissure morale et physique plus indélébile encore que l'ivrognerie alcoolique.

II

LE ROLE DU MÉDECIN AU POINT DE VUE DU MORPHINISME DANS LA CLIENTÈLE CIVILE ET HOSPITALIÈRE

Mais à côté de ce vice acquis, il y a toute cette classe de morphinomanes à qui, pour ainsi dire, on a imposé l'intoxication, qui n'ont nullement péché ni par curiosité mal-

saine, ni par incitation, ni pas le désir coupable de se procurer des jouissances inconnues. Ceux-là sont les plus nombreux. Ceux-là sont réellement dignes de notre pitié pour mille raisons, et la principale, ne craignons pas de l'avouer, c'est, comme nous venons de le dire, que ce sont des victimes dans l'immense majorité des cas.

— Le médecin sous ce rapport peut se rendre coupable de bien des façons : il pèche surtout, en pareil cas, par négligence et par intérêt. Hâtons-nous de dire que dans l'immense majorité de ces cas, c'est surtout la négligence du médecin qui a fait tout le mal : « Interrogez les morphinomanes, dit Notta [1], et demandez-leur comment ils ont contracté cette funeste habitude. Huit fois sur dix la réponse est la même : ils avaient une névralgie rebelle, une maladie quelconque..., dont les douleurs n'étaient calmées que par une injection de morphine. Tout d'abord le médecin la faisait, depuis ils ont continué eux-mêmes. Maintenant, ils ne peuvent plus se passer de leurs injections, ils sont morphinomanes. »

Pour donner des preuves de cette négligence ayant engendré chez des malades la passion morphinique, il faudrait citer toutes les observations connues de morphinomanie ayant une origine thérapeutique. En France, les mémoires de M. le professeur Ball, de Zambacco, de Jouet, de Marandon de Montyel, etc. A l'étranger, les travaux de Levinstein, Erlenmeyer, de Leidesdorf, de Burckart, pour ne citer que les plus importants, abondent en faits de ce genre.

Nous nous contenterons ici de citer quelques faits de morphinomanie puisés dans nos observations personnelles et dus à l'incurie coupable des médecins.

Une de nos malades ayant quitté la maison Dubois où elle était en traitement pour une péritonite, et où on lui avait fait déjà des piqûres, un médecin qu'elle fait mander lui fait

[1] Notta, *Arch. de méd.*, 1884, p. 395.

alors régulièrement pendant un an des injections à la dose de 30 centigrammes par jour.

Ajoutons ici que chaque piqûre lui était grassement payée par la malade alors entretenue richement. Au bout d'un an, abandonnée de son amant, *comme elle ne pouvait plus payer ses visites*, il lui remet en main une ordonnance ainsi libellée :

Morphine	1 gramme
Eau.	30 grammes

lui fait acheter une seringue de Pravaz et met au bas de la prescription : *à renouveler à volonté*. Tous les trois jours, suivant l'avis donné, elle se présente chez le pharmacien qui lui délivre sa solution.

Disons-le de suite, les médecins qui déshonorent ainsi la profession dans un but de cupidité vénale sont extrêmement rares, mais il y en a. Nous pourrions citer d'autres exemples de médecins ayant ainsi rendus sciemment leurs clients morphinomanes, dans le but unique de s'en faire une source d'émoluments : On fait venir un médecin qui pratique une première injection morphinique *en toute connaissance de cause*, puis deux, puis trois. Les visites de ce médecin coûtent cher, mais les sensations éprouvées sont tellement goûtées du client qu'il le fait venir quand même. Nous pourrions citer le nom de certains médecins dont la visite consiste uniquement à faire une piqûre de morphine, largement rétribuée du reste, à des personnes de cette catégorie dont l'affection première a disparu depuis longtemps : la morphinomanie,en pareil cas, est évidemment l'aboutissant forcé au grand avantage pécuniaire du médecin, au grand détriment de la santé du client.

Hâtons-nous de le dire, le médecin pèche beaucoup plus souvent par négligence que par cupidité, et c'est là la plus grande source des intoxications ayant une origine thérapeu-

tique ; et c'est par négligence et incurie que le médecin « a prêté la main à la création d'une classe d'opiophages civilisés, raffinés dont le sort déplorable est bien plus rapidement grave que ne le sont les accidents éprouvés par les thériaquis privés des bienfaits de la civilisation et ignorants du progrès de la chimie ! »

Presque tous les cas de morphinisme ont cette origine. On est atteint d'un rhumatisme articulaire, d'une sciatique, d'une névralgie, on fait une première injection. Votre malade est calme, ne vous harcèle plus de ses violences, vous en faites une seconde, puis une troisième et ainsi de suite. Bientôt votre malade est non seulement calmé, mais la piqûre lui a procuré une telle sensation de bien-être qu'il vous en réclame une tous les jours. Puis enfin, il confiera sa seringue au malade qui se piquera alors sans aucun contrôle... Enfin, il aura bien vite fait de se procurer une seringue, il est alors morphinomane. Nous ne croyons pas forcer le tableau, les choses se passent évidemment de cette façon huit fois sur dix. Consultez toutes les observations de morphinomanie, vous en aurez la preuve palpable. Voici, pour prendre un exemple entre mille, l'origine de l'intoxication de Mme de Saint-J... relatée par Motet « ... Son médecin, pour des douleurs anciennes, lui fit les premières injections. Le résultat fut immédiat... Mme de Saint-J... en réclama une autre... Le médecin en fit d'abord deux, puis trois par jour... Puis il laissa un autre jour la seringue de Pravaz et la solution chez la malade; elle se fit elle-même les injections, et, avec l'exagération propre aux hystériques, elle rechercha avidement les sensations provoquées par la morphine. »

Nous nous arrêtons là, il faudrait citer une à une toutes les observations de morphinisme, car, dans presque toutes, le médecin a aidé et même provoqué la maladie par sa négligence.

Et quand nous parlons du médecin, nous comprenons tout le personnel médical privé ou hospitalier, car, il faut avoir le

courage de le dire ici, les auxiliaires des médecins, quels qu'ils soient, ont favorisé aussi eux, dans une bonne mesure, l'entretien de cette triste maladie par leur négligence importante. On est de garde dans un grand service hospitalier, on est dérangé à chaque instant la nuit, souvent plusieurs fois pour le même malade, qui vous supplie de le soulager ; on se laisse aller à lui faire une piqûre de morphine, sûr du résultat, sûr que cette fois le malade bien calmé ne vous fera plus appeler.

D'autres fois on se laisse guider, en ce faisant, par une simple routine..., quelquefois, rarement il est vrai, ce sera même par complaisance.

Dans tous ces cas évidemment on ne songe pas aux conséquences fatales que peut avoir une piqûre de morphine donnée inconsidérément, mais il est cependant avéré que beaucoup d'intoxications morphiniques qui se sont terminées par la mort, n'ont pas eu une autre origine. B..., qui fait le sujet d'une de nos observations, et qui était arrivée à absorber 1 gr. 50, 2 grammes de morphine par jour, était entrée par cette voie dans la morphinomanie : la première piqûre fut faite par l'interne de garde ; puis on lui injecte deux fois par jour une demi-seringue de Pravaz. Elle avait recours soit aux élèves de service, soit même au personnel infirmier de l'hôpital pour lui pratiquer des injections... Au bout de dix jours, cinq seringues par jour, soit 10 centigrammes ; en sortant au bout de deux mois on lui en faisait 20 centigrammes... Enfin quand elle est arrivée à l'asile Sainte-Anne, elle absorbait par jour 2 grammes de morphine.

Il est facile de voir ici quel est le premier coupable, je n'insiste donc pas.

Combien d'autres cas n'ont pas une origine différente ? De pareils faits donnent évidemment à réfléchir et imposent malgré tout un retour sévère et pénible sur soi-même.

Il y a un abus qui existe aussi quelquefois dans certains grands services surchargés et qui ne contribue pas

peu à favoriser l'extension des habitudes morphiniques. Le chef de service prescrit une injection de morphine, celle-ci est faite pendant quelque temps par l'interne, puis la surveillante en est chargée, puis l'infirmière quelquefois, enfin peu à peu la malade elle-même, à qui on remet à une certaine heure la solution de morphine ; celle-ci dans l'intervalle n'est nullement cachée, se trouve sur une table aux yeux de tous : la malade en arrive vite ainsi à se faire des piqûres supplémentaires. Peu à peu, insensiblement, sans que la responsabilité incombe à personne, par le fait d'un abus qui dégénère en coutume dans certaines salles, telle malade, dont l'affection primitive est guérie, ne peut plus se passer de morphine et est devenue morphinomane. Plusieurs malades que nous avons observées avaient passé par cette filière et nous avaient ainsi raconté l'origine de leur passion.

Nous avons dit plus haut que le morphinisme, longtemps l'apanage exclusif des grandes villes, commençait aussi à pénétrer dans les campagnes. Ici, malheureusement, on peut dire que le médecin est l'unique coupable. Nous ne connaissons qu'un seul cas de morphinomanie d'origine thérapeutique qui se soit développé chez un paysan, mais il en existe vraisemblablement d'autres, et le mal ne fera désormais que s'étendre. Un de nos amis, médecin à la campagne, nous disait en montrant sa seringue de Pravaz : avec cela on fait des miracles et c'est un remède qu'on peut emporter avec soi partout et toujours. Qu'on y prenne bien garde, au lieu d'être un présent céleste et de produire des miracles, les injections de morphine pourraient bien devenir entre des mains trop prodigues, un présent des plus funestes.

Quelles conclusions devrons-nous tirer après toutes ces considérations qui se rattachent de si près à la dignité médicale ? Doit-on proscrire la morphine à tout jamais de la thérapeutique pratique ?

Doit-on reléguer ce *poison maudit* au fond des officines et ne plus en procurer ? C'est à peu près la conclusion de

M. Zambacco. Le médecin de Constantinople a été, dit-il, tellement impressionné par certains faits malheureux qu'il n'emploie que l'opium. M. Marandon de Montyel se montre aussi sévère : l'injection morphinée, dit-il, ne devrait être qu'un remède héroïque auquel le médecin n'aurait recours qu'en désespoir de cause et qu'il cesserait le plus promptement possible.

Eh bien ! témoin nous aussi d'un certain nombre de faits malheureux d'origine thérapeutique, nous avouons nous rapprocher de ces conclusions.

A part les cas incurables, cancers internes, cancers de l'estomac, ataxie, etc. etc., pour lesquels l'injection morphinée est vraiment un présent céleste, en dehors de ces cas : dans la névralgie, pour les rhumatismes, pour les douleurs internes qui sont presque toujours la porte d'entrée du morphinisme, nous recommandons la plus grande circonspection. Il serait bon même dans ces cas d'avoir recours à d'autres calmants, le chloral, le bromure de potassium, l'opium même qui exposent moins à l'accoutumance. Pour les cas aigus, il ne faudra les donner que dans les cas d'absolue nécessité et réduire même l'emploi des injections aux accès paroxystiques, comme les coliques hépatiques, les coliques néphrétiques, les accès d'asthme, etc. Il vient de se fonder une société de déontologie médicale et professionnelle. Cette question de la morphinomanie qui touche de si près à la dignité médicale ne pourrait-elle pas y être soumise ? Plusieurs points de cette question de jurisprudence médicale pourraient y être soulevés avec intérêt. On pourrait y discuter les faits de prescription de ce médicament dans lequel l'appât du lucre joue un rôle trop contraire à la dignité médicale pour ne pas être dénoncé rigoureusement. On pourrait y édicter quelques règlements sévères devenus nécessaires, touchant la conduite des médecins en pareille occasion, signalant les dangers, montrant les écueils et donnant la voie à suivre. On pourrait en un mot du haut de

cette nouvelle tribune, tout en signalant le péril, donner le moyen de le conjurer.

III

DU ROLE DU PHARMACIEN DANS LE MORPHINISME

Voilà pour ce qui regarde plus spécialement la déontologie médicale. Le médecin est souvent coupable, le premier coupable même, mais il est toujours suivi de très près par le *pharmacien*.

Le rôle néfaste du médecin dans la vie d'un morphinomane dure même très peu de temps, tandis que le rôle du pharmacien se fait sentir pendant toute l'existence du morphinique.

Le médecin a généralement, il est vrai, le premier jeté l'étincelle et allumé l'incendie, mais le pharmacien, alors qu'on pourrait encore faire la part du feu, vient au contraire entretenir cet incendie et donner des aliments au brasier.

L'affaire retentissante confiée à l'expertise médicale du Dr Motet a bien mis en relief le rôle néfaste, criminel même du pharmacien, dans la morphinomanie. On connaît cette histoire [1]. Mme Saint-J..., morphinomane, éprouvait une certaine difficulté à se procurer son poison chez les pharmaciens de son pays ; elle trouva à Paris un pharmacien complaisant du nom de Armand Vassy qui lui lui délivra toutes les doses demandées. Du 29 mai 1881 au 29 octobre 1882, dans l'espace de dix-sept mois Armand Vassy avait délivré par livraisons successives de 10, 15, 20, 40, 45, 50, 60, 100 et 110 paquets (chaque paquet contenait 20 centigr. de chlorhydrate de morphine) la quantité fabuleuse de 693 grammes, dont le prix s'élevait à 1 650 francs.

Il suffisait que la dame de Saint-J... en demandât, soit verbalement, soit par correspondance, pour qu'il lui en

[1] MOTET, *Loc. cit.*

expédiât immédiatement sans la moindre ordonnance. Pendant tout ce temps il n'a jamais pris la précaution de s'inquiéter de la personnalité de cette malade, de sa situation, ni des causes qui nécessitaient l'emploi continu et excessif de cette substance. Sa bonne foi n'était évidemment pas admissible et il était clair qu'il s'était laissé entraîner par un intérêt mercantil.

Le tribunal de la Seine par des conclusions sévères, que les pharmaciens, peu soucieux de leur dignité professionnelle, feront bien de méditer [1], a châtié, comme il le méritait, cet accusé d'un nouveau genre, et le condamna à 2 000 francs d'amende.

Dans tous les cas de morphinisme on ne trouve évidemment pas toujours un pharmacien qui, comme Armand Vassy, débite la morphine au kilo. Mais bien souvent, quoique dans des proportions moindres, il fait sentir son rôle néfaste. Bien souvent aussi, en pareil cas, il ne joint pas comme Armand Vassy, la bêtise à la scélératesse, et ne réclame pas 1 650 francs pour de la morphine, par voie judiciaire à une morphinomane insolvable ; bien au contraire, dans les procès médico-légaux qui ont eu lieu depuis, dans le procès Fiquet [2] en particulier, l'enquête faite à ce sujet par le Parquet n'a donné aucun résultat. Les pharmaciens qui ont enfreint le règlement ont trop d'intérêt à se dire calomniés. Tous ceux qui dans l'affaire Fiquet ont été interrogés, ont nié avec énergie ; seul, un a eu le courage d'avouer que dans deux ans il avait livré une huitaine de grammes de morphine [3].

[1] *Semaine médicale*, n° 20, 1883. *Le morphinisme devant les tribunaux.*
Société de médecine légale, 7 mai 1883.

[2] *Loc. cit.*, *in Encéphale*, 1883, p. 670.

[3] Il ne peut être question évidemment ici des pharmaciens qui comme dans les cas du Dr X... dont nous avons parlé, p. 34, fournissent de la morphine à un médecin morphinomane.

Mais quelle que soit leur possibilité de dissimuler, on sait bien par les révélations de certains malades jusqu'à quel point l'amour du lucre peut leur faire oublier leur devoir. L'histoire de notre morphinomane B.., est instructive sous ce rapport.

L'ordonnance de mon médecin, nous disait A..., servit pendant quatre ans ; pendant un an on la renouvela tous les trois jours. Au bout de ce laps de temps on la renouvela tous les jours, et enfin au bout de quatre ans, cette ordonnance était tellement remplie de cachets par le pharmacien que je ne pouvais plus m'en servir.

Qu'arriva-t-il en pareil cas? l'histoire de B... ne tranche guère alors sur l'histoire de toutes les morphinomanes. Histoire banale : on n'a plus d'ordonnance, on s'en passe, et l'on s'adresse directement au pharmacien, qui devient ainsi le second coupable et qui livre la solution demandée, contre une bonne redevance, sans exiger la moinde signature de médecin.

Hâtons-nous de le dire, les pharmaciens qui oublient ainsi et leur devoir et leur dignité professionnelle sont la petite exception. Mais rien n'est comparable à la persistance du morphinomane qui veut se procurer de la morphine, pas même la tenacité de l'alcoolique. On peut le comparer sous ce rapport, au dipsomane ; il usera de toutes les supercheries, de tous les subterfuges pour se procurer son poison favori. Conduit par le pharmacien, il fera d'abord de fausses ordonnances, mais cet expédient sera vite usé, car il ne cherche pas à tromper deux fois par ce moyen le même pharmacien. Il aura alors bientôt fait de trouver un pharmacien peu consciencieux qui lui livrera pendant un laps de temps souvent considérable sa dose quotidienne.

Pour le trouver, il fera comme notre malade, s'adressera à son entourage, et aura bientôt l'adresse d'un débitant de morphine qui lui fournira moyennant un prix très élevé toutes les doses demandées.

B... se procure ainsi toutes les solutions de morphine qu'elle désire. Elle arrive de la sorte en 1883, à épuiser deux flacons par jour, chaque flacon contenant toujours 1 gramme pour 30 grammes d'eau.

Malheureusement comme nous l'avons dit plus haut dans le cours de notre mémoire, l'appât du gain n'est pas le seul mobile qui pousse ainsi le pharmacien à méconnaître tous ses devoirs. Notre morphinomane B... nous l'a souvent avoué depuis sa guérison ; sans argent, disait-elle, je savais bien me faire donner de la morphine. Le fait n'est malheureusement que trop vrai ; bien des pharmaciens obéissant à des motifs d'ordre encore beaucoup moins élevé que les raisons pécuniaires, se laissent gagner, séduire même (le mot est plus juste) et des morphinomanes obtiennent ainsi en échange de leurs faveurs, toutes les doses de morphine demandées. Non seulement B..., mais même la fille X... qui fait l'objet d'une autre observation, nous a affirmé le fait.

On ne doit plus s'étonner, après de telles révélations, de voir des ouvrières, comme on en voit à chaque instant dans les hôpitaux, dont le salaire est très peu élevé, et qui cependant trouvent le moyen de consommer pour 3 ou 4 francs de morphine en injections sous-cutanées journalières : ce procédé employé ne fait plus alors aucun doute.

Une grande part des responsabilités incombe donc aux pharmaciens. Non seulement en France mais dans tous les pays civilisés les choses se passent ainsi. En Allemagne du moins leur influence néfaste est nettement reconnue : « Quelle que soient les raisons qui ont engendré cette dangereuse affection, dit Erlenmeyer, son développement dépendra toujours de la facilité que trouvera le sujet à se procurer de la morphine, et cette facilité tient exclusivement au plus ou moins de conscience des pharmaciens. J'ai fait sur ce point de tristes expériences... La passion de la morphine est une chose malheureusement des plus faciles en Allemagne, comme partout ailleurs, car on trouve partout des *misérables* prêts

à sacrifier la santé et la vie de leur prochain à leur cupidité. Mes malades allemands achètent de la morphine chez les pharmaciens Belges, Anglais, Français comme chez les Allemands, mes malades étrangers faisaient de même... Le commerce secret et coupable de la morphine se fait partout. Cet abus dépasse de beaucoup l'idée que s'en font les autorités préposées à la santé publique[1]. »

L'auteur qui s'exprime ainsi, placé à la tête d'un établissement spécial pour le traitement des morphinomanes, et dont les remarques portent sur des centaines de malades, était mieux que personne, par les confessions de ses pensionnaires, à même d'apprécier ce rôle des pharmaciens. Plusieurs des morphinomanes en traitement chez lui avaient même recours par correspondance à leurs fournisseurs ordinaires, pour se procurer de la morphine[2].

Nous nous arrêtons dans ces citations, dans cette énumération, on pourrait nous accuser de parti pris. Les faits sont là cependant pour prouver que non seulement nous n'exagérons pas sur le rôle du pharmacien dans la maladie qui nous occupe et que nous restons au contraire bien au-dessous de la vérité.

Loin de nous du reste, comme nous le disons plus haut, l'idée d'englober tout le corps pharmaceutique dans cette accusation, nous dirons même qu'il y en a peu qui oublient ainsi tous leurs devoirs.

[1] Erlenmeyer, *Op. cit.*

[2] Nous devons cependant à la vérité de dire qu'en Allemagne plus qu'ailleurs, les lois concernant la pharmacie sont foulées aux pieds. Et c'est avec raison qu'Erlenmeyer dit quelque part dans son livre qu'il faudrait toute la sévérité d'un Dracon pour sévir dans ce pays. En effet, d'après Zambacco, en Allemagne, les abus des injections morphiniques se pratiquent sur une vaste échelle, et la solution de l'alcaloïde se vend tout prête chez l'épicier du coin, où les amateurs peuvent se la procurer à toute heure et à discrétion.

Mais précisément parce qu'il y en a peu, le corps entier ne devrait-il pas, pour ainsi dire, dans l'intérêt professionnel du plus grand nombre, dans les sociétés scientifiques dont font partie plusieurs de ses membres, ne devrait-il pas s'occuper de cette question? Ne devrait-il pas lui-même d'une manière ou d'une autre s'opposer à des pratiques détestables, qui menacent d'englober sous peu toute la corporation dans le même discrédit? Ne devrait-il pas demander lui-même une application sévère, une mise en pratique rigoureuse des décrets régissant la pharmacie.

La société de médecine légale, dont plusieurs pharmaciens font partie, pourrait peut-être (nous formulons nos vœux à voix basse) mettre à l'ordre du jour de ses séances, cette question si pleine d'actualité de la délivrance de la morphine? On pourrait y aborder cette question si intéressante au point de vue déontologique et professionnel de la morphinomanie; mais des révélations curieuses auraient lieu au cours des débats; bien des discussions importantes pourraient surgir, mettant bien en relief le rôle prédominant du pharmacien, dans la diffusion de cette triste maladie de la morphine.

On pourrait peut-être trouver le moyen de mettre un terme aux manœuvres coupables de certains pharmaciens, assurément aussi coupables dans l'espèce, que les manœuvres de certaines sages-femmes que l'on poursuit devant les tribunaux.

De ces débats, de ces discussions, de ces révélations pourraient peut-être sortir un moyen pratique d'empêcher certains *débitants de morphine*, de débiter au grand jour sur leur comptoir, un poison cent fois plus pernicieux encore que l'alcool frelaté du marchand de vin.

On comprend combien ces questions touchent de près non seulement à la dignité professionnelle, mais à la sécurité publique. Eh bien, du moment que la sécurité publique est en jeu ne doit-elle pas primer toutes les questions d'intérêt privé, d'ordre aussi vénal du reste.

Il n'y aurait pas au surplus à édicter de nouvelles lois ; celles qui régissent actuellement la pharmacie au point de vue de la question qui nous occupe sont très nettes, très explicites.

D'après les termes de la loi du 19 juillet 1845 que je copie textuellement et d'après l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 :

Les pharmaciens sont tenus de transcrire les prescriptions médicales sur un registre et sans aucun blanc et de ne la *rendre* que revêtue de leur cachet et après avoir indiqué le jour auquel les substances ont été remises.

Le pharmacien ne doit délivrer les *substances vénéneuses qu'en vertu d'une prescription spéciale et particulière du médecin* indiquant les quantités et la dose à fournir.

Il lui est interdit d'apporter la moindre modification dans l'exécution de la prescription magistrale et dans sa préparation.

Une loi internationale, dit à ce propos Erlenmeyer, rendrait d'immenses services.

Mais nous avons vu que sous ce rapport ce n'étaient pas les lois qui manquaient. Elles sont formelles au contraire du moins en France. *C'est leur application* qui fait défaut.

C'est la mise en vigueur des décrets concernant l'exercice de la pharmacie qu'il faut réclamer ; c'est la poursuite des abus. Et c'est précisément aux sociétés d'intérêt public d'hygiène qu'il appartiendrait d'exiger la mise en vigueur des décrets existants. On n'aurait pas le tableau scandaleux de pharmaciens délivrant quotidiennement, sans la moindre ordonnance, des doses énormes de morphine à de malheureux morphinomanes, dont ils entretiennent ainsi la triste passion; on n'aurait pas le spectacle affligeant de deux morphinomanes, comme notre malade B... et sa sœur, venir dire publiquement: « Avec notre agent nous n'avons jamais été en peine pour nous procurer de la poudre de morphine. » On n'aurait pas le spectacle affligeant de voir, dans certains quar-

tiers, citer impunément les noms de pharmaciens qui délivrent le médicament en question ; ceux-ci sont connus des malheureux morphiniques, qui se le répètent et lui font ainsi une réclame méritée.

Car à côté des Armand Vassy, qu'une affaire retentissante met en relief, et se voient condamner à l'amende pour avoir délivré en 17 mois 1 650 grammes de morphine à une malheureuse aliénée, *combien* d'autres débitent impunément le poison sans être le moins du monde inquiétés, au grand avantage de leur caisse, au grand détriment de la santé et de la raison de leurs clients.

Le remède à cet état de choses serait donc pour le pharmacien, de dénoncer impitoyablement aux autorités compétentes les confrères qui déshonorent ainsi la profession ; de la part des sociétés savantes, des sociétés d'intérêt public, de signaler ouvertement au grand jour tous ces faits de cupidité ; de la part des médecins de se montrer sévères dans leurs prescriptions quand ils ordonnent de la morphine, à ne pas commettre la faute impardonnable de mettre au bas d'une ordonnance de ce genre « à renouveler » comme le fit le médecin dans une de nos observations, d'être du reste discret dans l'emploi de ce médicament et d'en réserver l'application à quelques cas que nous avons énumérés ; maladies douloureuses incurables, affections aiguës paroxystiques, etc.

Nous ne saurions abandonner ici ce qui a trait à la déontologie médicale et professionnelle sans dire un mot d'une médication scientifique, employée depuis assez longtemps dans un grand hôpital [1]. Zambacco dit à ce propos que plusieurs médecins aliénistes ont employé et emploient encore largement le chlorhydrate de morphine dans

[1] Auguste Voisin, *Traitement curatif de la folie par les injections sous-cutanées de morphine*, 1874-1880, Baillière, édit., et *Bullet. général de thérapeutique,* 1881. *Ibid.*, 1884.

le traitement des malades atteints des diverses formes d'aliénation mentale. Nous n'en connaissons qu'un dans tous les asiles et quartiers d'hospice de la Seine qui l'emploie systématiquement et à doses élevées.

La plupart des maîtres que nous avons vus l'employer en pareil cas, ne l'emploient qu'avec la plus grande précaution, faisant eux-mêmes la piqûre ou la faisant faire par leurs internes, sans jamais laisser ce soin aux surveillants et aux subalternes comme dans les hôpitaux, précisément parce que bien placés, mieux placés même que personne pour apprécier les funestes effets du morphinisme, ils craignent une accoutumance et savent fort bien que de l'accoutumance à la morphinomanie il n'y a qu'un pas, et que ce pas est bien vite fait.

Dans la manie et dans certains états maniaques qui ne cèdent ni aux douches ni aux bains prolongés, ils obtiennent ainsi souvent une sédation très avantageuse. Mais ils ne le font qu'en toute connaissance de cause, après avoir bien examiné le cas, et en recommandant bien de n'injecter qu'une dose journalière très petite *qu'ils n'augmentent jamais* et qui est cessée au bout d'un certain temps. Il n'y a là, entre leurs mains, que de grands bénéfices à retirer de cette pratique. M. le Professeur Ball, à la clinique, et M. Bouchereau, je crois, au service des femmes à l'asile Sainte-Anne, sont du reste, dans cette mesure, partisans des injections de morphine, qui ne peuvent, ainsi limitées et ainsi employées, que donner d'excellents résultats. Du reste, nous ne croyons pas, depuis de longues années que cette pratique dure, qu'il soit jamais sorti de ces deux services un seul morphinomane; bien des services d'hôpitaux ne pourraient probablement pas en dire autant.

Aussi n'est-ce pas bien entendu de cette excellente médication que nous voulons parler ici. Mais, ne craignons pas de l'affirmer ici, puisque nous sommes partisan convaincu de l'idée que nous allons avancer, il existe un grand service

d'aliénés à Paris, où ce n'est pas dans ces limites et avec cette prudente discrétion qu'on emploie les injections sous-cutanées de morphine. Ici alors les piqûres sont établies sur une base thérapeutique au même titre que les douches, etc. etc... On y pratique les injections sur une échelle si vaste qu'il y a des heures pour faire les piqûres, où les intéressés, sans se faire prier jamais, bien entendu, viennent recevoir leur injection habituelle. Ajoutons que ce mode de traitement concerne non seulement les maniaques, mais encore et surtout les névropathes en général. Or je n'ai pas besoin d'y revenir ici, mais nous avons assez insisté dans le cours de notre mémoire sur la facilité avec laquelle les névropathes de toutes les catégories, hystériques, etc., arrivent vite à l'accoutumance, à la morphinomanie confirmée en un mot.

Il ne nous appartient pas naturellement d'apprécier cette manière de faire, les cadres de notre mémoire ne nous le permettent pas naturellement, d'autant que cette médication aurait donné d'excellents résultats qui encourageraient l'auteur à persévérer; mais ce qu'il nous est permis de dire, c'est que si on a guéri des accès maniaques, certains états nerveux qui auraient guéri à la longue avec plus de discrétion et de prudence dans la distribution des injections, on les a certainement remplacés par un état bien sérieux, que les médecins s'accordent même à regarder comme une maladie, et des plus graves, par la morphinomanie.

Dans la médication à laquelle nous faisons allusion et à propos de laquelle on a publié deux mémoires, l'un en 1874, l'autre en 1881 (*Bulletin général de thérapeutique*) on s'adresse surtout à la forme mélancolique et aux accès d'*agitation des hystériques*. Les injections morphinisées ne sont pas pratiquées comme nous le disons plus haut à doses minimes faites pendant peu de temps et qu'on augmente jamais, mais le fond même de la médication consiste à les *augmenter progressivement*, et d'arriver à des doses massives; chez un malade on est arrivé ainsi à 2 grammes par jour.

Parmi les observations publiées, les unes, au nombre de douze, regardent des malades traités à l'hospice, les autres au nombre de quinze ont trait à des malades traités chez eux.

Analysant les résultats obtenus, on voit que les malades au bout de deux mois arrivaient en moyenne à la dose de 10 centigrammes et au bout d'un an à 50 centigrammes pour arriver quelquefois à 2 grammes.

Nous relevons parmi ces cas des états mélancoliques, des folies hystériques, un cas de lypémanie anxieuse « considéré généralement comme incurable » pour lequel on était arrivé au bout de dix-huit mois à administrer 60 centigrammes de chlorhydrate, et qui s'est terminé heureusement, la malade est sortie guérie.

L'auteur du mémoire termine en affirmant que l'emploi des injections sous-cutanées de morphine lui a donné les résultats les plus satisfaisants.

Nous n'avons pas ici à citer tel ou tel morphinique émanant en droite ligne de l'hospice où elle avait contracté sa passion en question, mais ce que l'on peut dire, c'est que dans le service même elles sont déjà réellement morphinomanes, et une preuve, « c'est que si du jour au lendemain on voulait y supprimer les injections une véritable révolution éclaterait » (Thaon, *Nice, méd.*).

Il y a encore une question qui se rattache directement à l'étude du point particulier sous lequel nous envisageons en ce moment la morphinomanie, c'est la question des *assurances sur la vie*. Un seul des auteurs que nous avons consulté traite de cette question, c'est le docteur Erlenmeyer [1].

On sait qu'aux termes de règlement qui concernent les assurances sur la vie, on doit pour prendre une assurance et

[1] Erlenmeyer, *Du Morphiumsucht*, p. 170.

bénéficier de cette assurance faire constater d'abord par un médecin de la compagnie que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie chronique.

Si après l'obtention d'un certificat de ce genre, l'intéressé succombe à une maladie intercurrente acquise par sa faute comme l'alcoolisme, etc., ou à une mort volontaire, le suicide, il est évident qu'en pareil cas, la compagnie regarde la police d'assurance comme nulle et non avenue.

La question qui se pose ici est précisément de savoir dans quelle catégorie on doit ranger la morphinomanie, en d'autres termes, si la morphinomanie doit être regardée comme une maladie acquise, avec l'alcoolisme, ou simplement comme une maladie intercurrente, ou mieux, l'individu qui succombe au morphinisme peut-il faire bénéficier les intéressés, de son assurance sur la vie ?

Les conclusions sont délicates ici ; mais nous admettons volontiers avec Erlenmeyer, étant donné ce que nous avons dit plus haut sur l'étiologie du morphinisme, qu'il y aurait lieu de distinguer ici :

a. — Les morphinomanes médicaux, c'est-à-dire ceux ayant une origine thérapeutique ;

b. — Les morphinomanes par euphorie.

Les premiers seraient irresponsables de leur intoxication et partant feraient bénéficier les intéressés de leur assurance, quand il serait bien et dûment établi que le médecin a été la cause du mal.

Le second cas, c'est-à-dire les ivrognes devenus morphiniques comme d'autres deviennent alcooliques, seraient regardés comme les auteurs de leur propre intoxication, et par conséquent, comme ne devant pas faire bénéficier leurs parents, leurs amis, d'une assurance contractée. Ayant cherché eux-mêmes dans la morphine un assouvissement à leur passion comme d'autres le cherchent dans l'alcool, dans le jeu, ils ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes. Et dans l'espèce il y a toute justice pour cette question des assu-

rances sur la vie, à les mettre sur le même rang que les alcooliques, que les suicidés.

Il y a enfin un point que nous ne pourrons pas omettre de signaler ici parce qu'il se rattache de très près à une question de l'ordre de celle que nous étudions en ce moment.

On a vu que d'accord en cela avec M. le professeur Ball, nous avons admis comme meilleur mode de traitement à défaut de maison spéciale, l'internement et même la séquestration dans un asile d'aliénés.

Or, cette question de la séquestration d'un morphinomane dans un asile d'aliénés soulève des considérations de droit commun qui devraient trouver leur place ici, mais que nous avons longuement discutées à propos du traitement de la morphinomanie et sur lesquelle il serait dès lors superflu de revenir ici (au chapitre du *Traitement*).

Nous nous contenterons de faire remarquer, étant donné qu'en France, il n'y a pas de maison spéciale, et que d'autre part, il est absolument impossible de mener à bien ce traitement à domicile et dans les hôpitaux, que la séquestration dans un asile d'aliénés s'impose dans l'intérêt du malade lui-même.

Il n'y a, dans cette mesure, quoique dise M. Erlenmeyer, rien d'arbitraire, rien d'attentatoire à la liberté individuelle. Il en est peut-être autrement en Allemagne, où les formalités nombreuses pour faire admettre un malade, et les difficultés d'en sortir ferait paraître cette mesure absolument arbitraire.

Mais, en France, nous vivons sous un régime moins sévère, et dans nos asiles d'aliénés des placements volontaires en dehors des placements d'office donnent à nos malades et à leurs familles une sécurité complète au point de vue de la liberté individuelle, tant que cette liberté individuelle ne devient pas un péril pour la liberté et la sécurité des autres.

CONCLUSIONS

Nous arrivons enfin au terme de cette longue étude. Nous avons laissé dans l'ombre encore bien des points de cette terrible maladie; nous avons omis bien des détails cliniques sur lesquels d'autres que nous feront la lumière avec de nouveaux documents qui ne manqueront malheureusement pas de leur être fournis en grand nombre.

C'est ainsi que sur les questions de responsabilité, bien des points obscurs seront encore soulevés. Cette étude date d'hier, mais il est à présumer que d'ici quelques années, les faits s'accumuleront, les matériaux abonderont et pourront être un jour entre les mains d'un autre, une source d'études des plus séduisantes, des plus instructives au point de vue de la psychologie morbide. Non seulement le médecin, mais le philosophe, mais le psychologue même pourra alors consulter à satiété de nombreux cas de morphinisme devenus autant de documents humains.

Mais si nous avons à regretter des omissions, nous avons du moins la conviction, que si notre travail est imparfait au point de vue clinique et médico-légal, on nous saura au moins gré, d'avoir été sincère. Pendant tout le temps qu'a duré la rédaction de ce mémoire, nous avons été soutenu par cette idée que nous contribuerions peut-être, dans une petite mesure, à appeler les regards, à forcer les yeux à se tourner vers une passion funeste, nouvelle venue, qui menace déjà de prendre tant d'extension.

Durant tout ce travail, nous avons été soutenu par cette idée que peut-être nous contribuerions à attirer l'attention

sur un fléau qui, si l'on n'y prend pas garde, menace de nous déborder.

On nous pardonnera, du moins, nos négligences en considérant le but que nous nous sommes proposé.

Ayant été à même d'observer les ravages du morphinisme non seulement dans les hôpitaux, dans les asiles, mais même dans le cercle plus étroit de notre clientèle privée, de nos amis, nous avons peut-être laissé échapper des omissions, mais nous avons, du moins, la conviction d'avoir été l'interprète de la vérité, en insistant comme nous l'avons fait, trop longuement peut-être, après tant d'autres, sur les dangers de cette passion à la mode.

Nous n'avons pas la prétention d'arriver à faire dénoncer la morphine à la tribune académique, comme le fut dans une séance mémorable, l'ergot de seigle, qui, cependant, a fait moins de victimes.

Nous ne formulons du reste aucune demande de proscription. Nous savons trop bien, que si par la coupable négligence de quelques médecins ou pharmaciens, la morphine mérite parfois d'être regardée comme un médicament néfaste, les paroles de Sydengam resteront toujours vraies pour la majorité des cas.

Seulement nous assistons à ce moment à l'apparition d'un mal terrible qui, a peine né, a déjà étendu ses ravages dans toutes les classes de la société, comme on peut s'en rendre compte en consultant la statistique désolante que nous avons donnée.

Or nous avons pensé qu'élucider quelques points cliniques encore peu connus, s'étendre sur d'autres plus connus, et les appuyer sur des faits nombreux consciencieusement observés, c'était contribuer jusqu'à un certain point à faire prendre des mesures pour enrayer la maladie.

Nous n'avons pas eu d'autre but et d'autre ambition et pendant six ans nous nous sommes mis consciencieusement à l'œuvre.

Nous n'élevons pas nos prétentions jusqu'à croire que ces modestes efforts provoqueront le *caveant consules*. Nous n'osons pas espérer, quelques soient nos secrets désirs, que notre cri d'alarme sera entendu en haut lieu. Nous n'osons pas espérer qu'un jour viendra où les excès *morphiniques*, comme autrefois les abus d'*absinthe*, grâce à l'autorité du Dr Motet, susciteront une réglementation sévère et bienfaisante.

Heureux seulement si notre travail sincère et consciencieux est lu par quelques praticiens, ou par quelques intéressés même ! Heureux si nous sommes entendu de quelques défaillants qui seraient tentés de demander, eux aussi, un oubli ou un stimulant à un poison cent fois plus terrible encore que l'alcool !

Bien assez y ont trouvé, pour une volupté de quelques instants, pour un bien-être factice de quelques minutes, bien assez y ont trouvé, avec l'altération de leur santé compromise à tout jamais, un affaissement intellectuel, une inertie invincible, qui n'est que le prélude d'un naufrage plus complet encore.

FIN

BIBLIOGRAPHIE ALPHABÉTIQUE

Ball (B.). — Leçons mentales, la Morphinomanie. (Revue scient., 84, p. 15.)
Beard. — American journal of stimul and narcot, 1882.
— Journ. of nerv. and ment. discaso. Juli 1881.
von Bœck. — Chronische Opium-und Morphiumvergiftung. (Handbuch der Intoxicationen. Ziemss. Handb., Bd xv, ii. Aufl., p. 549.)
Beer. — Enorme Gleichgültigkeit gegen Morphium. (Preuss-med. Zeitung. N. F. vii, 1864, n° 25.)
Beluze (E.). — De l'éthéromanie, 1885. (Thèse de Paris.)
Bernhuber. — Morphinismus und Transfusion. (Bayr. aertzl. Intelligenzblatt; 1878, n° 6.)
Bentley (W.-H.). — 1878. Première observ. de traitem. du morph. par la cocaïne.
Bert (P.). — Intox. par le chloroforme. (Soc. de Biologie, 1885.)
Blanche. — Ann. med. psych., nov. 1883.
Bornemann. — Heilung eines Magengeschwüres unter der Morphiumentziehung. (Der Prakische Arzt, xxiv, 1883, n° 61.)
Bouisson. — De l'éther et de ses dangers. Varia.
Braithwaite. — The Lancet, 1878. (Grossesse.)
— A case in which the hypodermic injection of morphia was suddenly discontinued. (Lancet, ii, 25; 1878 December, p. 874.)
Brée. — Ein Fall von Morphinismus. (Wiener med. Wochenschrift, xxvii, 33, 1877, p. 797.)
Brochin. — Morphinisme. (Gaz. des Hôp., 1877, n° 297, p. 256.)
Broever. — Insanity from cocaïn. (Journ. of the am. Ass., 1886.)
Broockmann — Ueber I. Methyl. — Morphin-hydroxid. II. Oxydimorphin. (Inaug. diss. Göttingen, 1880. 32 Seiten.)
Brouardel. — Ann. d'hyg. et de méd. légale, 1880.
Burkart. — Die chronische Morphiumvergiftung in Folge sub-cutaner Morphiuminjectionen und deren Behandlung. (Bonn., 1877. Max Cohen und Sohn. 30 Seiten.)

Burkart. — Sammlung, Klinische. — Vorträge, 1884, n° 237.
— Ueber die Behandlungsmethode der chronischen Morphiumvergiftung. (Deutsche med. Wochenschrift, 1879, n° 39.)
— Wiener med. Press., 1880.
— Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch die allmälige Entziehung des M. (Bonn., 1880. Gr. in-8°, 184 Seiten, davon 89 für Krankengeschichten.)
— Weitere Mittheilungen über chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung. (Bonn., 1882. Gr. in-8°, 74 Seiten.)
— Zur Pathologie der chronischen Morphiumvergiftung. Statistik. (Deutsche med. Wochenschrift, 1883, n° 3.)
Bury. — Morphin. (The med. chron., 1881, p. 425.)
Busey. — Epileptic convulsions following sudden suspension of a long continued habit opium eating. (Philadelph. med. Times, 1876, vi, 218, p. 319, 1/4.)
Buhler. — Zwei Fälle von Cocaïnvergiftung. (Correspondentzblatt, 1886, n° 21.)
Burkart. — Die Behandlung der chronischen Morphiumvergiftung. (Wiener medic. Presse 1880.)
Bourneville. — Obs. psych. de morphinomanie, 83. Arch. Neurol.
Bornemann. — Cocaïnsucht, 1886.
Calkins (Alonzo). — Opium and the opium appetite. (Philad., 1871.)
Calvet. — Essai sur le morphinisme aigu et chron. (Thèse, 1876.)
— Étude expérimentale et clinique sur l'action psychologique de la morphine. (Paris, 1877.)
— Thèse de Paris, 1876.
Carson. — Relation d'un cas de morphinisme chez un idiot. (Saint-Louis, alienist and neurol., 1886, p. 227.)
Chambert (H.). — Effets physiol. et thérap. des éthers. (Paris, 1848, in-8°.)
Cammerer. — Die Levinstein'sche Curmethode der Morphiumsucht. (Wurtemb. aertzl. Correspondenzblatt, 1877.)
Centralblatt. — Phtisie morphinique, 1879.
Clarke. — (Lanzet I, 2 Jan. 1879, p. 70.)
Cripps-Lawrence. — Le morphinisme chez les enfants, 1884.
Chouppe. — (Gazette méd., 1874, 31.)
Combes. — Altération dentaire. (Union méd., p. 735, 1885).
Comanos-Bey. — Action de la cocaïne sur les nerfs. (Berl. Klin, Woch., 1886.)
Christian. — Ann. méd. psych. Mars 1889. (Morphino-cocaïnisme. Une observation.)
Dana (S.-W.). — Délire morphinique. (The m. Record., Juli 1884.)
Dericq. — Thèse de 1886, Paris.
Delabanne. — Essai sur quelques accidents produits par la morphine. (Thèse de Paris, 1877.)

DUCHECK. — Ueber die Behandlung des Diabetes mit Opiumpræparaten. (Wiener med. Presse 1875, n° 1.)

DUDGEON. — Opium in relation to population. (Edimb. medical journal, 1877. Septembernummer, p. 239.)

EARLÉ (C.-W.). — Opium smoking in Chicago. (Chicago medical J., 1886, 104.)

ELOY (CH.). — Union méd., 1885, n° 122, p. 389.

EDER. — Fall von chronischer Opiumvergiftung. (Vortr. in der wissenschaftl. Plenarversaml der med. Facultät zu Wien am, 8 Aug. 1864.)

ECKHARD. — Ueber den Morphiumdiabetes. (Beiträge zur Anat. und Physiol., XII, I. Bd 1, n° 2. Heft., Giessen, 1877.)

ELIASSOW. — Beiträge zur Lehre von dem Schicksal der Morphin im lebenden Organismus. (Inaug. diss. Königsberg, 1882.)

ERLENMEYER. — Abusus narcoticorum. (Bericht über die Heilanstalt für Nervenkranke zu Bendorf am Rhein vom, 1er Oct. 1866 bis, 30 Sept. 1876. Neuwied, Heuser 1877, p. 67 ff.)

— Die Recidive der Morphiumsucht. (Centralblatt für Nervenheilkunde. Psych. in gerichtlich Psychopathol., II, 22, p. 505, 1879.)

— Die Morphiumsucht, 1883. (Leipzig, Encephale, 1886.)

— Cocaïnsucht. — Vorlaüfige Mittheilung. (Centralblatt für Nervenkunde Psychiatric, 1886.)

— Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. (Neuwied, 1833, gr. in-8°, 95 Seiten.)

— Le traitement de la morphinomanie. (En français, et publié dans l'Encéphale de Paris, 1886. — En réponse à un article du Dr G. Pichon.)

ESENBECK. — Morphiumsucht. (Memorabilien, 1877. 11 Heft, p. 495.)

EULENBURG. — Ueber differente Wirkung der Anaesthetica auf verschiedene Reflexphänomene (Sehnenreflexe). (Centralblatt, f. d. medicin Wissenchaft, 1881, n° 6, p. 97, 5 Februar.)

FÉRÉ. — Soc. de Biologie, 1883. (Semaine médicale, p. 294, 1883.)

FICK (A.). — Les variations de pression dans les ventricules chez les morph. (Conférence au Congrès méd., avril 1886.)

FLEMMING. — (Britisch med. Journ. 1868.)

FIEDLER. — Ueber den Missbrauch subcutaner Morphiuminjectionen. (Deutsch. Zeitschrift. f. prakt. Medicin, 1874, 27 (4/7) und 28 (11/7.)

— Ueber chronische Morphiumintoxicationen in Folge von hypodermatischen Injectionen. (Vertrag in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden an 8 Janv. 1876. — Jahresbericht der Gesellschaft, Oct. 1875 bis Juni 1876.)

FILEHNE. — Ueber die Einwirkung der Morphin auf die Athmung. (Arch. für experim. Pathol. und Pharm. X, p. 442, 1878; — XI, p. 45, 1879.)

FLETSHER INGALS. — (Chicago med. Journ. and Examiner, XXXVI, 5, p. 491, mai 1878.)

Folet.
Gans. — Ein Fall von Morphinismus chronicus geheilt durch langsame Entziehung des Morphin. (Centralblatt f. die gesammte Therapie. Wien. Perles, i, 1883, v, p. 219.)
Garnier. — Rapport médico-légal sur un cas de vol à l'étalage chez un morphinomane. Atttaques hystéro-maniaques dues à la cession brusque. (Communication au Congrès d'Anvers, 7 sept. 1885; in Semaine med., n° 37, p. 303.)
Gaudry. — Le morphinisme pénal. (Thèse de Paris, 1886.)
Gerber. — Ein Fall von Morphiumsucht. (Wiener med. Wochenschrift, xxvii, 1877, n° 27, p. 652.)
Gould. — (Philadelph. med. and surg. Reporter, Juni 1876.)
— (— — — August. 1878.)
Grasset (J.). — Traitement du morphinisme chronique et de la morphinomanie. (Semaine méd., 1885, 75.)
Gossmann. — Ueber chronischen Morphiummissbrauch. (Deutsche med. Wochenschrift, 1879, n°s 34, 35, 36.)
Güntz (Edmund). — Ueber Morphinismus. (Memorabilien, 1879, xxiv, 12, p, 434.)
Grilli. — Il Morphinismo. (Imparziale, 1881.)
Hallez. — Soc. de médecine du Nord.
Haupt. — Cocaïnomanie chez un enfant. (Deutsche med. Zeitung, 1886.)
Hirschberg. — Ein Fall von Morphinismus. (Berl. Klin. W., 1877, Nr. 13, 26/3.)
Hinxley. — New-Yorck med. Journal.
Hunter. — The Lancet, n° 24, Juni 1865. (Citirt in Erlenmeyer: « Die subcutan. Inj. der Arzeimittel », 3e Auflage. Neuwied, 1866, p. 22.)
Hughes (C.-H.). — Psycho-névrose des mangeurs d'opium. (Ann. med. psych., 1889, p. 328.)
Jastrowitz. — Cocaïnomanie. (1886. Zeitung medic.)
Jacquet. — Thèse de Paris, 1882.
Jœckel. — Deutsche medicinische Zeitung, Nov. 1885.
Jouet (D.). — Traitement par la cocaïne. (Thèse de Paris, 1883.)
Jousset. — Des injections hypodermiques. (Thèse, 1865.)
Legrain. — Thèse de Paris, 1886.
Judron Andrews. — Ann. méd. psych., Nov. 1874.
Jennings (O.). — 1° Traitement de la morphinomanie. (Enceph. 86); — 2° Recherches physiol. sphygmograph. (Encéph. Union méd., 1887); — 3° O. Jennings et Ball, Communic. Acad. de méd. sur le Pouls sphyg. de m. m., 1887; — 4° The laneet, 1887; — 5° Traduction de Mathison; — 6° Varia in Encéph. Union med. et Tribune med.
Kane. — Rapid and easy cure of a case of morphine habit. (Philadelph. med. and. sury. Rep. 1881.)
— A Case of opium smoking and morphia taking. (Saint-Louis clin. Rec. 1881.)

Kane. — Some medico-legal aspects of morphia taking. (The Alienist and Neuwlogist, 1882.)
Kisch. — Morphium. Injectionem zu 10 Gran täglich. (Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicim, 1877, n° 24.)
— In Marienbad in der Cursaison, 1877. (Prag. 1878.)
Kjelberg. — Hygien xl, 4, 1877. April, page 76. (Suédois.)
Kapf. — Chronische Morphiumvergiftung am eigene Körper beobactet. (Würtemb. medicin. corr. Blatt, xlvi, 22, 1876, p. 174).
Kauzmann. — Beiträge für gerichtlich-chemischen Nachweis des M. und Narcotin's in thierischen Flüssigkeiten. (Inaug. diss. Dorpat, 1868. 95 Seiten.)
Kormann. — Unschädlichkeit von subcutanen Morphium-injectionen in der Schwangerschaf æiner Morphiophagin. (Deutsche med. Wochenschrift, 1877, n°s 30 et 31.)
von Krafft-Ebing. — Lehrbuch der Psychiatric. Stuttgart, 1883, (pages 79 et 296.)
Kraye. — Ueber Albuminurie und Glycosurie. (Dissertation, Greifswald, 1878.)
— Zum chronischen Morphiummissbrauch. (Deutsche Wochenschrift, 1879, 38.)
Kunze. — Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med., 1876, 9.
Laffont. — Cocaïnisme. — Soc. de biolog. (Décemb. 1887.)
Laborde. — Action de la morphine sur la rétine dans le cas de morphinisme chronique. (Gaz. des Hop., 1877, n° 6, p. 45.)
— Société de biologie, 1876.
— Soc. de biologie. — Cocaïnisme. (nov. 1884 et Dec. 1885.)
— — — 13 janv. 1877. — (Gaz. des Hop., 1877, p. 226.)
Lamal. — Hist. phys. et chim. de la morphine. — (Bullet. Ac. med. de Belgique, 1888, 8.)
Lamm. — Hygica, xl, 4, 1877 April, p. 77. (Suédois.)
Landowski. — Congrès de la Rochelle, 1882. (In journal de thérap., 1882.) Le morph. et son traitement.
Landsberg — Untersuchungen über das Schicksal des Morphin im lebenden Organismus. (Pflügers Archiv. xxiii, 9, 10 Nov. 1880.)
Lefort. — Opium et Morphine. Varia.
Lachr. — Ueber Missbrauch mit Morphium-injectionen. (Vortrag im Psychiatr. Verein zu Berlin, am 15 Juni 1871.)
Lanceraux. — Du Morphinisme chron. in Sem. med., 1884, n° 23.
Leifert. — Cocaïne et Cocaïnisme. (Thèse de Wurtzbourg, 1886.)
Leidesdorf. — Die Morphiumsucht. (Wiener med. Wochenschrift, 1876, xxvi, 25, 26.)
Legrand du Saulle. — Rapp. méd. lég.
Landsberg. — Untersuchungen über das Schicksal des Morphin in lebenden Organismus.
Legros et Onimus. — Recherches sur les mouvements de l'intestin.

(Journ. de l'anatomie et de la physiol., vi, i, p.-37, 1869, janv. et fév.)

Levinstein. — Die Morphiumsucht (Vortrag in der berliner, med. Gesellschaft am 19 Sept. 1875.)

— Ueber Morphiumsucht. (Vortrag in der berliner med. Gesellschaft am 21 Oct. 1875.)

— Zur Pathologie, Statistik, Prognose der Morphiumsucht. (Vortrag in der berliner med. Gesellschaft am 22 Octob. 1879.) (Allgem.) med. centr. Zeitung, 1870, 27,)

— Zur Morphiumsucht. (Ber. Klin. W. 1876, n° 14, 3/4.)

— Zur Pathol. der acuten Morphium-und acuten Chloralvergiftung. (Berl. Klin. W, 1876, n° 27, 3/7.)

— Weitere. Beiträge zur Pathol. der Morphiumsucht und der acuten Morphiumvergiftung. (Vortrag in der berliner med. Gesellschaft am 22 Nov. 1876.)

Leppmann. — Ueber Morphinismus. (Vortrag zur Breslau am 26 Nov. 1882. — Allgem. Zeitschrift f. Psychiatr. xxxix, 6. — Breslauer ärtztl. Zeitschrift, 1883, 1.)

Lewin. — Ueber Morphium-intoxicationen. (Deutsche Zeitschrift für prakt. Med., 1874, n° 28.)

— Morphinismus. (Real. Encyclop. von Eulenburg, 1881. (Band ix, pag. 314.)

Little. — New-York med. Record. xiii, 26, Juni 1878, p. 518, dans le Americ. Journal of Obstetr., avril 1878.

Löbel — Bericht der K. K. Krankenanstalt Rudolphsstiftung im Wien vom Jahre, 1867. (Wien, 1868. gr. 8°, 314 Seiten.)

Love. — The Cocaïn habit, 1885. (Med. Record.)

Loose. — The rapid spread of the Morphia habit. (Maryl. med. Journal, 1881.)

Loveland. — Morphia habit. (Boston med. and surg. Journal, 1881.)

Lunier. — Ann. d'Hyg. et de méd. lég., 1871. Tome VI.

Mader. — Wiener med. Blatt., 1886, 361. Opiophagie.

Magnan. — Soc. méd. psychol.; — Ann. méd. psych ; — Leçons; — Varia.

— Ann. med. psych. (1889 Mars); — Société de Biologie. (1889, février); — Cocaïnisme.

Marandon de Montyel. — Ann. méd. psychol. Janv., 1885, p. 59.

— Affaire Fiquet. (Encéphale, nov. 83.)

— Morphinomanie. (Ann. méd. psych., 1885, p. 85.)

Mann. — On the use of cocaïne in the opium habit. Saint-Louis, 1886, p. 7.

— On the servons and mental deteriation produced on the opium habit in the richer classes. (Med. bullet., Philadelph., 1886, 11-13).

Mattison. — Opiumvergiftung. (Philadelph. med. and sury. Reporter, xxxi, 1 Juli 1874.)

Mattison. —Treatment of opium addition.(Med. Times, 1877, t. I, p. 320).
— 40 cas de cocaïnisme. (1887, Med. Times.)
— (New-York, med. Record., xiv, 4 Juli 1878).
— A Cases of opium smoking. (Philad., med. Times, 1885-86, xvi).
Malmsten. — (Hygiea xl, 4 Avril 1877, p. 75.) Suédois.
Mann (E.). — Of the use of cocaïne in the opium habit. Saint-Louis, 1886.
Marmé. — Ueber die sog. Abstinenzerscheinungen bei Morphinisten. (Centralbl. f. klin. Medicin 1883, n° 15.) (14/4)
— Untersüchungen zur acuten ùnd chimischen Morphium vergiftung. (Deutshe med. Woehenschrift 1883, n° 14.)
Moreau de Tours. — Psychologie, morphin., 1854.
Motet. — Rapports et Sem. medic., n° 20.
Müller (Franz). — Ueber Morphinismus. Wiener med. Presse 1880.
Martin. — The opium habit. (Philadelp. med. Times, 1874, iv, 115, p. 231.) (10/1)
Michel. — Ueber Morphiuminjectionen und Morphinismus. (Würtemb. corresp. Blatt xlvi, 5, 1876, p. 37.)
Notta. — Archives de med., 1884. (Union medic., 1884, 45, 561.)
Nicolas (H.). — Recherches sur les propriétés physiol. de l'opium des fumeurs. (Montpellier, 1884.)
Nasse (O.). — Beiträge zur Physiologie der Darmbewegungen. (Leipzig, 1866, p. 58.)
Nothnagel. — Ueber die Einwirkung des Opium und M. auf den Darm. (Vortrag auf dem Congress für innere Medicin zu Wiesbaden 1882. Virchow's Archiv. Band 89, Heft, I, 1882 Juli. Wiener, Zeitung, 1884.)
Nussbaum (V.). — Die Gefahren des subcutanen Injection. (Bayr. ärztl. Intelligenz Blatt, 1865. Nr. 36.)
Obersteiner. — 1° Chronic Morphinismus. (Brain 1880, 2, Band); — 2° Der chronische Morphinismus. (Wiener Klinik. iii. Heft. März 1883); — 3° Brain. (1882 Oct.); — 4° Der chronische Morphinismus. (Wiener Klinick, 1885); — 5° Psychoses toxiques. (Wiener med. Presse, 24 janv. 1886.)
Pacha-Ahhate. — Sur la morphinom. en Égypte. (Phare d'Alex , 10 mai 1884.)
Parchappe. — De l'Éther.
Parrish. — (The Clinic xiii, 22, p. 261. Decemb. 1877.)
Petit. — Morphinisme et Traumatique. (1879, Bullet. thérap.)
Pichon. — Encéphale, 1886. — Les Maladies de l'esprit. — Variacit.
Pepper. — (Philad. med. and. sury. Reporter xxxviii, 5, p. 87. Februar 1878.)
Rambaud (L.). — Morphine et Morphinomanes. (J. de la Santé publ., 1884, n° 42.)
Raue. — Some medico-legal aspects of morphiataking, 1862.

READ. — Morphinism and alcoolism treated with cocaïne Gaillard's m. J. N. Y. 1886, 369.
REGNARD. — Deux poisons à la mode, la Morphine et l'Éther. (Revue scient., 1885, p. 545.)
ROCHARD. — Congrès de la Rochelle, 1882.
RICHET (Ch.). — Cocaïnomanie. (Soc. de biolog., Mai 1888.)
RICHTER. — Casuistik zum Morphinismus. (Berl. Klink. W, 1876 n° 28.) (10/7)
REHIN. — Chronisch Chloralmissbranch. (Arch. für psych., 1886, 36, 62.)
ROCHARD. — Rapp. sur les altérations dentaires. Acad. de méd., 1885, 585.
ROSENBAUM. — Untersüchungen über Kohlen-hydrabestand der thierischen Organimus nach Vergiftung mit Arsen, Phosphor, Strychnin, Morphin, Chloroform. (Inaug. diss. Dorprat, 1879.)
ROSENTHAL. — Recherches physiologiques sur la morphine. Centralblatt, 1886. (Société de médecine légale, 7 mai 1883.)
SAMTER. — Ein Morphiophage. (N° 17, 2 3/4, page 163.)
SAURY. — Folie héréditaire, 1886. (Ann. méd. psych., mars 1889.)
— Cocaïnisme. (Ann. med. psych., mars 1889.)
SCHULE. — Lehrbuch der Geisteskrankenheiten. (Leipzig, 1878, page 349; Morphinismus; 669, Ueber Zufälle bei den Morphium-injectionen.)
SONDEN. — Hygica, 1878. August XL, 8, 3, 85. (Suédois.)
SCHWENINGER. — Bemerkungen über den Morphiumtod. (Deutsche med. Wochenschrift, 1879, 34.)
SCHRÖDER (V.). — Untersüchungen über die pharmakologische Gruppe des Morphin. (Archiv. f. Path. u. Pharm. Bd. XVII. Heft. 1 und 2.)
SEMAINE MÉDICALE. X..., 1883. — Les Buveurs d'Éther d'Irlande. (3 avril 1889.)
SÉNATOR. — (Im Anschluss an dem Vortrag von Levinstein.)
SÖDERMARK. — Ein Fall chronischen Morphium narkotismus.
STAMMLER. — Die Morphiumsucht, der Morphium marasmus. 1885.
SCHMIDT. — Zur Kenntniss der Morphinismus psychosen. (257-273.)
— Psychose morphinique. (Arch. f. psych., 1886.)
STECULIS. — Deux cas. (Gaz. méd. d'Orient, Nov. 1885.)
TILLAUX. — Soc. de Chirurgie. (13 juin 1877.)
TRÉLAT. — (Bull. thérap. 1879.)
VIBERT. — Des injections de Morphine. (Journal de thérapeutique.)
VOISIN (A.). — Bulletins génér. de thérap., 1881.
— Du traitement curatif de la Folie par le chloryd. de morphine, 1874-1881, in-8° Baillère.
WACH. — Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen Morphiumvergiftung. (Inaug. diss. Iena, 1880, 50 Seiten.)
WAUGH. — Phil. med. Times, 1885. Treatment of opium by coca.
WEINLECHNER. — Fall von Morphinismus.
WALLÉ. — La Morphinomanie, 1885.

Whipham. — (Clin. soc. transact., viii, p. 108, 1875.)
Westphall. — Cocaïnomanie. (Arch. f. psych., 1887.)
Wrener. — Ein Beitrag zum Missbrauch der M.-injectionen. (Wiener med. Presse, 1880.)
Wiskowsky. — Ueber die Wirkung der Morphium. (Archiv. f. experim. Pathol. et Pharm., vii, 7 Sept. Lepzig, 1874, 23 Seiten.)
— Zur Wirkung der Morphium und des Chlorhydrates. (Deutsche med. Wochenschrift, 1879, 40.)
Wolters. — Contribution à l'étud. du Morphinisme. (Thèse de Montpellier, 1883.)
Zambacco. — De la Morphinomanie. (Encéphale, 1882, n°s 3 et 4.)
— Sur le Morphinisme. (Gaz. méd. d'Orient, 1882.)
— De la Morphinomanie. (L'encéphale, 1884, 658-683.)
Zeppenfeld. — Ueber Morphinismus. (Inaug. diss. Würztburg, 1879, 45 Seiten.)



TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDES CLINIQUES SUR LE MORPHINISME

Pages

INTRODUCTION V

CHAPITRE PREMIER

Causes du morphinisme.................................... 1
§ 1 Morphinisme thérapeutique (Statistiques étrangères, françaises et personnnelles)........................... 1
§ 2 Morphinisme d'origine passionnelle par euphorie (Statistique.. 7
§ 3 Les morphinisés... 21
§ 4 L'exemple, la contagion (Observations)................ 31

CHAPITRE II

Symptômes... 54
§ 1 Troubles psycho-sensoriels (Illusions, hallucinations, impulsion, conceptions délirantes)................ 54
a Hallucinations.. 54
b Impulsions dans le cours du morphinisme............ 86
Suicide... 88
Impulsions syndromiques.................................. 89
État de besoin.. 90
Impulsions diverses...................................... 93
c Conceptions délirantes, état mental................. 94
§ 2 Symptômes physiques.................................. 95
a Troubles de nutrition................................. 96
Fonctions digestives..................................... 97
Morphinisation des nouveaux-nés........................ 99
Abcès morphinique (Statistiques)........................ 101
b Troubles de la circulation (piqûre des vaisseaux)....... 112
Pouls. Température...................................... 112

Pages

Modifications du côté du pouls (Expériences sphygmographiques 112
c Troubles du côté des organes génito-urinaires 118
Anaphrodisie morphinique 118
Polyurie morphinique 120
Urines des morphinomanes (Analyses des urines) 121
d Troubles intestinaux 122
Expériences physiologiques 122
Observations cliniques 123
e Moyenne des doses employées par les morphinomanes 125
f Progression dans les doses. — Recherches de l'Euphorie du début. — Recherches constantes de la virginité morphinique. — Moyens employés 127

CHAPITRE III

Intoxication aiguë par la morphine 129
§ 1 Expérimentations chez l'homme 129
§ 2 Intoxication aiguë 135
§ 3 Empoisonnement aigu 130
§ 4 Expérimentation sur les animaux 157

CHAPITRE IV

De l'abstinence morphinique 162
§ 1 La morphinomanie est-elle une psychose 165
§ 2 Troubles psycho-sensoriels 168
§ 3 Symptômes physiques 188
a Troubles gastro-intestinaux 188
(Diarrhée profuse, hypothémie, faiblesse du pouls, sueurs froides, frissons, douleurs abdominales) 189
Supercheries 190
Vomissements 192
État d'agitation, crises épileptiformes 192
État cholériforme 192
b Symptômes d'ordre nerveux 193
Crises convulsives. État adynamique, collapsus, épilepsie morphinique 193
Épilepsie morphinique 194
c État de besoin psycho-somatique 195
État de besoin primitif 196
État de besoin à longue échéance 196
d Symptômes mentaux de l'abstinence morphinique 197

CHAPITRE V

Pages

De la morphinomanie dans ses rapports avec les fonctions visuelles.......... 199
a Expériences physiologiques.......... 200
b Faits cliniques (Champ visuel. Lésions ophtalmoscopiques prochaines et lointaines, etc. etc.).......... 204

CHAPITRE VI

Traitement du morphinisme.......... 212
§ 1 Clinique thérapeutique (Observations).......... 212
§ 2 Résumé des différentes méthodes de traitement.......... 227
a Suppression brusque.......... 227
b Suppression demi-lente (Erlenmeyer).......... 230
c Suppression progressive.......... 233
Injections d'eau pure.......... 234
Injections hypodermiques amères.......... 238
Emploi de l'alcool.......... 238
Cocaïne et cocaïnomanie.......... 240
Chloral et bromures.......... 244
Bromure de camphre, acide phosphorique, iodure de potassium.......... 244
Hydrothérapie.......... 244
Transfusion du sang.......... 245
Suggestion et hypnotisme.......... 245
d Médication physiologique de Jennings au sulfate de spartéine et à la nitro-glycérine.......... 245
e Séquestration et isolement.......... 246
f *Modus faciendi* de la démorphinisation.......... 254
g Tableaux comparatifs (3).......... 257

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES ET MÉDICO-LÉGALES
SUR LA MORPHINOMANIE

CHAPITRE PREMIER

Notions préliminaires.......... 261
Responsabilité médico-légale dans le cours du morphinisme... 266
§ 1 Les intoxications aiguës par la morphine au point de vue

Pages

médico-légal 267
a Intoxiqués chroniques en état aigu, puissance morphinique, ivresse morphinique 268
b Intoxication franchement aiguë (Morphinisés) 274
§ 2 État mental des morphinomanes dans le cours du morphinisme. Généralités 277
a État mental dû à l'intoxication elle-même 279
b Morphinomanie invoquée. Simulation 286
c Impulsions. Existe-t-il des impulsions imputables au morphinisme *Delirium tremens* morphinique 291

CHAPITRE II

Coexistence d'éléments morbides surajoutés 301
1° Coexistence d'un état de dégénérescence mentale héréditaire 301
2° Coexistence d'un autre état toxique 306
Coexistence de l'alcoolisme (délire alcoolique, etc.). 307
Coexistence de l'éthéromanie 313
Association du morphinisme et du chloralisme 331
Coexistence du cocaïnisme 362
Considérations générales sur les intoxications multiples 368
3° Coexistence d'autres affections surajoutées (hystérie, grossesse, etc.) 375
Conclusions générales 380

CHAPITRE III

Abstinence morphinique (Ses rapports avec la responsabilité) .. 382
Notions préliminaires. — Troubles psycho-sensoriels de l'état d'abstinence 382
§ 1 État maniaque 392
§ 2 Hallucinations 397
§ 3 Impulsions diverses : Impulsions délictueuses (vols, meurtre), etc. — Impulsions au suicide. — État de besoin 400
Résumé de l'état d'abstinence 431
a Inculpés atteints de *delirium tremens* morphinique... 433
b Inculpés souffrant d'un retard dans leur injection, ou se trouvant en demi-abstinence au moment du délit.... 434
c Inculpés sous le coup de l'état particulier qui suit pendant quelques semaines la suppression 434
d Pseudo-abstinence 435

TROISIÈME PARTIE

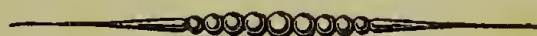
DE LA MORPHINOMANIE

AU POINT DE VUE DÉMOGRAPHIQUE ET AU POINT DE VUE DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET PROFESSIONNELLE. — PROPHYLAXIE

Pages

1 Considérations générales 441
2 Le rôle du médecin dans la clientèle civile et hospitalière. 452
3 Le rôle du pharmacien 458
4 Capacité civile du morphinomane. Assurances 469
5 De la séquestration des morphinomanes dans un asile d'aliénés 470

Conclusions 472
Bibliographie 475
Table des matières 485



Tours, imp. Deslis Frères, rue Gambetta, 6.

A LA MÊME LIBRAIRIE

BARÉTY (A.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Le magnétisme animal**, étudié sous le nom de force neurique rayonnante et circulante, dans ses propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques. Un vol. gr. in-8 de 640 pages avec 82 figures. . . . . 14 fr.

BERNHEIM, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — **De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique.** 2[e] édition, 1 vol. in-18 de 600 pages avec figures dans le texte. Broché, 6 fr., cartonné diamant. . . . . 7 fr.

BOUDET DE PARIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Électricité médicale.** Études électrophysiologiques et cliniques. 1 vol. gr. in-8 de 800 pages, avec de nombreuses figures dans le texte. Cet ouvrage paraîtra en 3 fascicules. Les 1[er] et 2[e] fascicules sont en vente, ils forment 500 pages avec 140 fig. . . . . 10 fr.

Le 3[e] fascicule paraîtra en 1890.

FONTAN (J.). professeur à l'École de Toulon, et Ch. SEGARD, chef de clinique à la même école. — **Éléments de médecine suggestive.** *Hypnotisme et suggestion.* 1 vol. in-18 de 320 p. 4 fr.

GARIEL (C.-M.), professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, ingénieur en chef des Ponts et chaussées. — **Traité pratique d'électricité** comprenant les applications aux *Sciences* et à l'*Industrie* et notamment à la *Télégraphie*, à l'*Eclairage électrique*, à la *Galvanoplastie*, à la *Physiologie*, à la *Médecine*, à la *Météorologie* etc. etc. Deux beaux volumes grand in-8 formant 1,000 pages avec 600 figures dans le texte. Ouvrage complet. . . . . 24 fr.

GIBIER (Paul), ancien interne des hôpitaux de Paris, aide-naturaliste au Muséum. — **Le Spiritisme** (Fakirisme occidental). 2[e] édition, revue et corrigée. 1 vol. in-18 de 400 pages avec figures dans le texte. . . . . 4 fr.

LIÉBEAULT (A.). — **Le sommeil provoqué et les états analogues.** 1 vol. in-18 de 340 pages. 4 fr.

LIEGEOIS (Jules), professeur à la Faculté de droit de Nancy. — **De la Suggestion et du Somnambulisme** dans leurs rapports avec la Jurisprudence et la médecine légale. 1 beau vol. in-12 de 760 pages. . . . . 7 fr. 50

MEUNIER (Victor), rédacteur scientifique [illegible] — **Scènes et Types du monde savant.** 1 vol. in-18 [illegible] pages. [illegible]

OCHOROWICZ (J.), ancien [illegible] — **La Suggestion** [illegible], 2[e] [illegible], 1 vol. in-18 jésus de 500 pages. . . . . 5 fr.

SKEPTO. — **L'Hypnotisme** [illegible]. La fin du merveilleux, 2[e] édition. 1 vol. in-1[illegible] . . . . 2 fr. 50

YUNG (Émile), Privat-Docent à l'U[illegible] — **Le Sommeil normal et le Sommeil pathologique**, magnéti[illegible]mal, hypnotis[illegible], névrose hystérique. 1 vol. in-18. . . . . . [illegible] 50

Tours. — Imp. DESLIS FRÈRES.